

Gesundheits- und Krankenpflege Evaluierung der Ausbildungsbereiche

Band II von II

Ergebnisbericht (Gesamtbericht)

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Gesundheits- und Krankenpflege Evaluierung der Ausbildungsbereiche

Band II von II
Ergebnisbericht (Gesamtbericht)

Autorinnen/Autoren:

Elisabeth Rappold
Ingrid Rottenhofer
Regina Aistleithner
Thomas Link
Anton Hlava
Berta Schrems

Unter Mitarbeit von:

Sabrina Exel
Ida Teresa Hlava
Markus Holzer
Maria Kaes
Julia Leichtfried
Ingrid Leskovich
Elisabeth Marcher

Fachliche Begleitung durch das BMG:

Meinhild Hausreither
Ludmilla Gasser
Paul Resetarics

Projektassistenz:

Heike Holzer

Wien, im Dezember 2012
Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

ISBN 978-3-85159-180-4

Herausgeber und Verleger: Gesundheit Österreich GmbH, Stubenring 6, 1010 Wien,
Tel. +43 1 515 61, Fax +43 1 513 84 72, Homepage: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier
ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) durchgeführte Evaluierung der Ausbildungen bzw. Spezialisierungen, insbesondere für den gehobenen Dienst in Gesundheits- und Krankenpflege sollte untersuchen, ob die derzeitige Ausbildungssystematik der GuK-Berufe formal noch anforderungsgerecht, treffsicher und zukunftsfähig ausgestaltet ist. Sie umfasste neben der Befragung von Absolventen/Absolventinnen, Lehrenden und Ausbildungsverantwortlichen in der Praxis auch eine internationale Literatur-Recherche zu Berufsbildern sowie Sekundärdatenanalysen u. a. zu Versorgungsbedarf und demografischer Entwicklung.

Zentrale Ergebnisse

Die Bedarfe unserer Gesellschaft haben sich verändert. Die alternde Bevölkerung, die Chronifizierung von Krankheit, demenzielle und gerontopsychiatrische Erkrankungen, Multimorbidität und die multikulturelle Gesellschaft stellen die Gesundheits- und Pflegeversorgung und damit auch die Pflegeberufe vor neue Herausforderungen. Interprofessionelle, über die Schnittstellen hinausgehende Zusammenarbeit der Gesundheits- und Sozialberufe erfordert differenziert ausgebildete und diskursfähige Pflegefachkräfte, die den Anforderungen einer (hoch)komplexen und (hoch)spezialisierten Situation gewachsen sind.

International zählen überwiegend hochschulisch und differenziert ausgebildete Pflegepersonen zu den zentralen Akteuren/Akteurinnen der Gesundheits- und Pflegeversorgung. Nurse Specialists und Advanced Nurse Practitioners nehmen neben individuums-orientierten Aufgaben in speziellen Fachbereichen der Medizin (u. a. COPD, Diabetes; nurse-led-units) vermehrt auch system- und bevölkerungsorientierte Aufgaben wahr (u. a. Familiengesundheitspflege und Public Health Nursing). Dieses gilt für Österreich erst ansatzweise.

Die Detailergebnisse zur Bewertung der Ausbildungssituation scheinen auf den ersten Blick zu beruhigen, weil man von einer im Durchschnitt befriedigenden Situation ausgehen kann. Im Detail zeigen sich Defizite u. a. in der Vorbereitung auf spezifische Zielgruppen, bei Delegation und Fachsupervision, bei konzept-, theorie- und forschungsgeleiteter Arbeit, in medizinischen Belangen und im Theorie-Praxis-Transfer bis hin zum Umstand, dass Lehrerinnen und Lehrer sich für das Prüfen und Evaluieren von Lernergebnissen nicht ausreichend vorbereitet fühlen. Dies ist das Ergebnis einer nicht ausreichend systematisch angelegten Differenzierung der Qualifikationsstufen (gemäß NQR zwischen Stufe 4, Stufe 5, Stufe 6 und Stufe 7) und damit teilweiser Überforderung sowohl der Lernenden als auch der Lehrenden.

Parallel geführte spezielle Grundausbildungen vereiteln den ursprünglich generalistisch intendierten Ansatz der allgemeinen GuK: quantitativ und qualitativ werden Kinder- und Jugendlichen-Pflegepersonen sowie psychiatrische GuKP nur für diese Spezialbereiche ausgebildet und decken daher den Versorgungsbedarf für nur relativ kleine Zielgruppen. Die in anderen Abteilungen der Krankenhäuser versorgten Kinder und Jugendlichen sowie psychiatrisch erkrankte Menschen werden überwiegend von allgemeinen GuKP gepflegt, die für die Pflege in diesen Zielgruppen nicht ausreichend vorbereitet sind. Dies trifft ebenso für die hochrelevante Zielgruppe der alten und hochaltrigen Menschen im Rahmen der Akutversorgung zu.

Trotz massiver Kompetenzerweiterungen blieben seit dem Jahr 1961 sowohl Bildungsniveau als auch Bildungsumfang der Diplompflegeausbildung gleich, mit dem GuKG gab es im Jahr 1997 dazu lediglich curriculare Anpassungen. Die Überführung der Ausbildung des gehobenen Dienstes in den Hochschulbereich ist seit dem Jahr 2008 zwar eingeleitet, sie wird aber – so lange die traditionelle Ausbildung an den GuK-Schulen kein Auslaufmodell darstellt – nicht die Anzahl an Pflegefachkräften zur Verfügung stellen können, die die Gesundheits- und Pflegeversorgung in Zukunft qualitativ und quantitativ benötigen wird. Während der Pflegebedarf (speziell bei Alten/Hochaltrigen und in der Langzeitpflege) wächst, sinken sowohl die Anzahl an Schülerinnen und Schülern in und außerhalb des Hochschulbereichs – beides Ausprägungen der demografischen Entwicklung – als auch die Eignung der Bewerber/innen. Vorbildung und Fähigkeiten/Fertigkeiten der potenziellen Zielgruppe auf Sekundarstufe 2 werden nicht mehr ausreichen, den Anforderungen der Diplompflege-Ausbildung und dem Bedarf der Gesundheits- und Pflegeversorgung gerecht zu werden. In der quantitativ größten Gruppe, der allgemeinen GuKP, bestehen heute zwar rund 60 Prozent der Bewerber/innen das Aufnahmeverfahren, von diesen scheidet jedoch bis zum Ende des ersten Ausbildungsjahres rund 50 Prozent wieder aus und der Anteil der 17-Jährigen in der Grundausbildung zur allg. GuK beträgt nur mehr ein Fünftel.

Fehlende und gesellschaftlich nicht ausreichend transparente Fach- und Bildungskarrieren im Pflegebereich wirken sich nicht nur negativ auf die Rekrutierung im Rahmen der derzeitigen Ausbildungen aus, sondern beeinflussen neben dem gesellschaftlichen Image auch die Personalbindung und damit die Verweildauer im Pflegeberuf. Derartige Sonderaus- und Weiterbildungen sind weder für den gehobenen Dienst und die Pflegehilfe ausreichend flexibel und bedarfsorientiert angelegt noch attraktiv genug, denn mit dem Abschluss von Weiterbildungen sind keine Kompetenz- bzw. Befugnis-erweiterungen verknüpft. Einem Wildwuchs an nicht aufeinander abgestimmten Ausbildungen, Spezialisierungen und Studiengängen – insbesondere für den gehobenen Dienst, Management und die Pflegewissenschaft – stehen unzureichende Rollenprofile, Stellenbeschreibungen und Strukturen in der Praxis gegenüber.

Auch die Anforderungen an Pflegehelferinnen und -helfer sind in allen Settings der Pflege gestiegen und die Lernergebnisse der Ausbildung sowie die wenigen Weiterbildungen reichen für einen bedarfs- und ressourcenorientierten Personaleinsatz vor Ort nicht mehr aus. Weiterbildungen bringen zudem auch keine Rollenaufwertung im Sinne einer Erweiterung des Tätigkeitsbereichs mit sich.

Vor dem Hintergrund der allgemeinen und internationalen Entwicklungen im Bildungsbereich (Trend zur höheren Bildung, steigende Anzahl an Maturanten/Maturantinnen, steigender Frauenanteil an der Hochschule, sinkende Anzahl an Schülerinnen/Schülern außerhalb des Hochschulbereichs) muss die Ausbildung zum gehobenen Dienst als nicht konkurrenzfähig eingestuft werden. Im internationalen Kontext gilt es vergleichbar qualifizierte Berufe im Pflegebereich zu etablieren und vom internationalen Austausch v. a. im Hochschulbereich für die österreichische Gesundheits- und Pflegeversorgung zu profitieren.

Empfehlungen

Lückenschluss zur Pflichtschule und Professionalisierung des gesamten Berufsstandes durch

- » Aufwertung der Pflegehilfe zur Pflegeassistenz mit Fokus auf Zielgruppen und settingspezifischer Vertiefung,
- » generalistische Ausbildung des gehobenen Dienstes im Hochschulbereich und
- » bedarfsorientierte Spezialisierungen, differenziert nach Kompetenzvertiefung und Kompetenzerweiterung.

Der steigende Bedarf an professionellen Pflegekräften erfordert Ausbildungsmöglichkeiten für Pflegeberufe sowohl im Rahmen der Erwachsenenbildung und der Berufsbildung auf Sekundarstufe II als auch im Hochschulbereich.

Für den gehobenen Dienst sehen die Reformansätze fachliche Karrieren und damit eine stärkere Hierarchisierung vor. Daraus ergibt sich für das Personalmanagement in der Praxis die Notwendigkeit, den Skill- und Grade-Mix bedarfs- und kompetenzorientiert auszurichten.

Inhalt

Abbildungen und Tabellen.....	IX
Abkürzungen	XIV
1 Einleitung.....	1
2 Evaluierungsgegenstand und -design	2
2.1 Gegenstand der Evaluierung.....	2
2.1.1 Grundausbildungen.....	2
2.1.2 Aufbauende Aus- und Weiterbildungen	4
2.2 Ausgangssituation zum Projektgegenstand.....	7
2.2.1 Pflegehilfe.....	7
2.2.2 Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege - Grundausbildung(en).....	8
2.2.3 Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege - Spezialisierungen.....	11
2.2.4 Pflegewissenschaft.....	12
2.2.5 Schlussfolgerung	12
2.3 Fragestellungen	13
2.3.1 Prämissen der Evaluierung	14
2.4 Ziel.....	15
2.5 Untersuchungsdesign	15
2.5.1 Ablauf.....	16
2.5.2 Methodik	16
2.6 Rahmenkonzepte zum Projektgegenstand.....	26
2.6.1 Nursing Care Continuum Framework and Competencies	27
2.6.2 Nationaler Qualifikationsrahmen	30
3 Ergebnisse/Kennzahlen	34
3.1 Analyse der rechtlichen Ausgangslage.....	34
3.2 Lernergebnisse und Anforderungen im Vergleich.....	36
3.2.1 Lernergebnisorientierung in Rechtsgrundlagen und Curricula.....	37
3.2.2 Übereinstimmung der Praxis-Anforderungen mit den zu erreichenden Lernergebnissen.....	38
3.3 Kernkonzepte, Rollen und Berufsbilder von Pflege	43
3.4 Entwicklungen im Bildungsbereich	46
3.4.1 Allgemeine bildungsspezifische Trends	55
3.4.2 Attraktivität und Konkurrenzfähigkeit der Pflegeausbildung.....	56
3.5 Der Pflegebedarf der österreichischen Bevölkerung	57
3.5.1 Pflegebedarf	58
3.5.2 Soziodemografische Aspekte der Pflegebedürftigkeit.....	58
3.5.3 Gesundheitszustand und dessen Konsequenzen für die Pflege.....	61
3.6 Pflegeberufe und Personalstruktur	65
3.6.1 Pflegepersonal in Fonds-Krankenanstalten	65
3.6.2 Personal in stationären Pflege- und Betreuungsdiensten.....	66
3.6.3 Personal in den mobilen Diensten.....	67
3.6.4 Versorgungsdichte mit Pflegepersonal im europäischen Vergleich	68
3.6.5 Personenbetreuer/innen.....	69

	3.6.6	Skill-Mix	70
	3.6.7	Ausblick	71
3.7		Lernergebnisse durch die Aus- und Sonderausbildungen	72
	3.7.1	Grundausbildungen gehobener Dienst	73
	3.7.2	Pflegehilfe	81
	3.7.3	Sonderausbildung Intensivpflege	87
	3.7.4	Sonderausbildung Anästhesiepflege.....	91
	3.7.5	Sonderausbildung Nierenersatztherapie.....	95
	3.7.6	Sonderausbildung Pflege im Operationsaal	98
	3.7.7	Sonderausbildung Krankenhaushygiene	102
	3.7.8	Sonderausbildung für Führungsaufgaben.....	105
	3.7.9	Weiterbildung für Führungskräfte im basalen und mittleren Management	108
	3.7.10	Sonderausbildung für Lehraufgaben	111
	3.7.11	Schuldirektorinnen/Schuldirektoren.....	114
3.8		Vergleichende Darstellung zentraler Aufgaben.....	117
4		Resümee.....	122
	4.1	Zukunftsorientierung	123
	4.2	Abstimmung von Kompetenz und Qualifikation	123
	4.3	Differenzierung im Personaleinsatz	124
	4.4	Professionalisierung der Pflegehilfe	124
	4.5	Unterstützungskräfte im Akutpflegebereich.....	125
	4.6	Lückenschluss zur Pflichtschule.....	125
	4.7	Generalisierung vor Spezialisierung	126
	4.8	Bedarfsorientierte Spezialisierungen	126
	4.9	Systematisch gestufte Spezialisierungen	127
	4.10	Themen für Spezialisierungen	128
	4.11	Neuordnung beruflicher Aufgaben.....	128
5		Reformvorschläge	130
	5.1	Bedarfsorientierung durch mehr Flexibilität	130
	5.2	Konkurrenzfähig und attraktiv werden.....	130
	5.3	Prinzip des lebenslangen Lernens berücksichtigen.....	131
	5.4	Generalisierung vor Spezialisierung	131
	5.5	Durchlässigkeit gewährleisten	132
	5.6	Handlungskompetenz entwickeln	132
	5.7	Aus- und Weiterbildungskonzept	132
	5.7.1	Qualifikationsstufen und -systematik	133
	5.7.2	Kompetenzvertiefende Spezialisierungen	135
	5.7.3	Kompetenzerweiternde Spezialisierungen	135
	5.7.4	Aufbau von Spezialisierungen	136
	5.7.5	Qualifizierungswege	137
	5.8	Bewertung der Reformansätze	143
		Literatur	145
		Anhang.....	153

Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

Abbildung 2.1:	Pflege- und Sozialbetreuungsberufe, Ebene Grundausbildung	4
Abbildung 2.2:	Grund-, Sonderaus- und Weiterbildungen für Pflege- und Sozialbetreuungsberufe, Stand 2012	5
Abbildung 2.3:	Evaluierungsdimensionen.....	14
Abbildung 2.4:	Ablauf der Evaluierung	16
Abbildung 2.5:	Populationsbezogene Erbringung von Versorgungsleistungen aus der Sicht der WHO	18
Abbildung 2.6:	Grundstruktur der ICN-Pflege-Kompetenzstufen.....	28
Abbildung 2.7:	ICN-Kompetenzmodell, Darstellung	29
Abbildung 3.1:	Rollen, Konzepte und Versorgungsleistungen der Pflege (Übertragung der Rechercheergebnisse ins Hirschfeldmodell)	45
Abbildung 3.2:	Einschätzung der Veränderung der Kompetenzen von Bewerberinnen/Bewerbern in den letzten 10 Jahren	49
Abbildung 3.3:	Europäischer Vergleich: Krankenpflegepersonal je 1.000 Einwohner/innen	69
Abbildung 5.1:	Einbettung der künftigen Pflegeberufe in das Bildungssystem.....	134

Tabellen

Tabelle 2.1:	Bildungsangebote für Pflege- und Sozialbetreuungsberufe in Österreich.....	10
Tabelle 2.2:	Eckdaten zur Erarbeitung der Anforderungen an Absolventinnen/Absolventen in Workshops	21
Tabelle 2.3:	Fragebögen je Ausbildung	24
Tabelle 2.4:	Deskriptoren zur Beschreibung der Niveaus des EQR – Teil 1	31
Tabelle 3.1:	Lernergebnisorientierung in Ausbildungsvorgaben auf Bundesebene	38
Tabelle 3.2:	Vergleich Anforderungen gehobener Dienst mit Ausbildungsvorgaben	39
Tabelle 3.3:	Vergleich Anforderungen Pflegehilfe (laut Erhebung) mit Ausbildungsvorgaben	41

Tabelle 3.4:	Vergleich Anforderungen Führungsaufgaben (laut Erhebung) mit Ausbildungsvorgaben (PDL)	41
Tabelle 3.5:	Vergleich Anforderungen Lehraufgaben (lt. Erhebung) und Ausbildungsvorgaben (Lehre)	42
Tabelle 3.6:	Bewerber/innen an Pflegeschulen mit Maturaabschluss oder höher in Prozent zwischen 2006 und 2010	47
Tabelle 3.7:	Bewerber/innen an Pflegegrundausbildungen mit Maturaabschluss oder höher zwischen 2006 und 2010, in Prozent	48
Tabelle 3.8:	Weiterbildungen gemäß § 64 GuKG für den gehobenen Dienst nach Angebotshäufigkeit	51
Tabelle 3.9:	Weiterbildungen genehmigt durch den Landeshauptmann / die Landeshauptfrau für den gehobenen Dienst nach Angeboteshäufigkeit	53
Tabelle 3.10:	Bundes- und Landespflegegeldbezieher in Österreich in den Jahren 2000 und 2012 absolut und je 1.000 Einwohner/innen nach Pflegegeldstufen	59
Tabelle 3.11:	Pflegegeldbezieher/innen in Österreich im Jahr 2012 absolut und je 1.000 Einwohner/innen nach Altersgruppen	60
Tabelle 3.12:	Entwicklung der Entlassungen aus Spitälern in Altersgruppen im Zeitraum 2000 bis 2010, in Prozent.....	61
Tabelle 3.13:	Mobile Dienste (VZÄ) Versorgungssituation 2007.....	68
Tabelle 3.14:	Eckdaten zu befragten Personen	73
Tabelle 3.15:	Bewertung der Ausbildung als Vorbereitung für zentrale Anforderungen bei Berufseinstieg (Lernergebnisse), gehobener Dienst	74
Tabelle 3.16:	Bewertung der Anwendungsqualität (durch Ausbildungsverantwortliche) und Beurteilung der theoretischen und praktischen Ausbildung (durch Absolv.) im Rahmen der Pflegegrundausbildung, in Prozent	75
Tabelle 3.17:	Hoch signifikante Unterschiede zwischen Absolventinnen/Absolventen der AGuK und der KijP	79
Tabelle 3.18:	Unterschiede zwischen den Settings	80
Tabelle 3.19:	Bewertung der Ausbildung als Vorbereitung für zentrale Anforderungen bei Berufseinstieg (Lernergebnisse), Pflegehilfe.....	82
Tabelle 3.20:	Bewertung der Anwendungsqualität (durch Ausbildungsverantwortliche) und Beurteilung der theoretischen und	

	praktischen Ausbildung (durch Absolventinnen/ Absolventen) im Rahmen der Pflegehilfeausbildung, in Prozent	83
Tabelle 3.21:	Hoch signifikante Unterschiede (**) und signifikante Unterschiede (*) zwischen Absolventinnen/Absolventen der klassischen PH- und der SBB-Ausbildung.....	86
Tabelle 3.22:	Bewertung der Ausbildung als Vorbereitung für zentrale Anforderungen bei Berufseinstieg (Lernergebnisse), Intensivpflege .	88
Tabelle 3.23:	Bewertung der Anwendungsqualität (durch Ausbildungsverantwortliche) und Beurteilung der theoretischen und praktischen Ausbildung als ausreichend (durch Absolventinnen/Absolventen) im Rahmen der Sonderausbildung Intensiv, in Prozent.....	88
Tabelle 3.24:	Bewertung der Anwendungsqualität (durch Ausbildungsverantwortliche) und Beurteilung der theoretischen und praktischen Ausbildung (durch Absolventinnen/Absolventen) im Rahmen der speziellen Zusatzausbildung Kinderintensiv, in Prozent	90
Tabelle 3.25:	Bewertung der Ausbildung als Vorbereitung für zentrale Anforderungen bei Berufseinstieg (Lernergebnisse), Anästhesiepflege	92
Tabelle 3.26:	Bewertung der Anwendungsqualität (durch Ausbildungsverantwortliche) und Beurteilung der theoretischen und praktischen Ausbildung (durch Absolventinnen/ Absolventen) im Rahmen der Sonderausbildung Anästhesie, in Prozent	92
Tabelle 3.27:	Hoch signifikante Unterschiede (**) und signifikante Unterschiede (*) zwischen Absolventinnen/Absolventen der Intensiv- und Anästhesiepflege	94
Tabelle 3.28:	Bewertung der Ausbildung als Vorbereitung für zentrale Anforderungen bei Berufseinstieg (Lernergebnisse), Nierenersatztherapie.....	95
Tabelle 3.29:	Bewertung der Anwendungsqualität (durch Ausbildungsverantwortliche) und Beurteilung der theoretischen und praktischen Ausbildung (durch Absolventinnen/ Absolventen) im Rahmen der Sonderausbildung Nierenersatztherapie, in Prozent.....	96
Tabelle 3.30:	Bewertung der Ausbildung als Vorbereitung für zentrale Anforderungen bei Berufseinstieg (Lernergebnisse), Pflege im Operationsdienst	98
Tabelle 3.31:	Bewertung der Anwendungsqualität (durch Ausbildungsverantwortliche) und Beurteilung der theoretischen und praktischen Ausbildung (durch Absolventinnen/ Absolventen) im Rahmen der Sonderausbildung Pflege im Operationssaal, in Prozent	99

Tabelle 3.32:	Welche der folgenden, ausgebildeten Berufsgruppen könnten die Aufgaben einer ausgebildeten OP-Schwester / eines ausgebildeten OP-Pflegers ebenfalls ausführen? Angaben in Prozent.....	101
Tabelle 3.33:	Bewertung der Ausbildung als Vorbereitung für zentrale Anforderungen bei Berufseinstieg (Lernergebnisse), Krankenhaushygiene	102
Tabelle 3.34:	Beurteilung der theoretischen und praktischen Ausbildung (durch Absolventinnen/ Absolventen) im Rahmen der Sonderausbildung Krankenhaushygiene, in Prozent.....	103
Tabelle 3.35:	Gewährleisten des Theorie-Praxis-Transfers im Rahmen von Praktika, in Prozent	104
Tabelle 3.36:	Bewertung der Ausbildung als Vorbereitung für zentrale Anforderungen bei Berufseinstieg (Lernergebnisse), Führungsaufgaben	105
Tabelle 3.37:	Beurteilung der Ausbildung (durch Absolventinnen/Absolventen) im Rahmen der Sonderausbildung für Führungsaufgaben, in Prozent	106
Tabelle 3.38:	Gewährleisten des Theorie-Praxis-Transfers für spezifische Bereiche im Rahmen von Praktika, in Prozent.....	107
Tabelle 3.39:	Bewertung der Ausbildung als Vorbereitung für zentrale Anforderungen bei Berufseinstieg (Lernergebnisse), basales und mittleres Management (BMM).....	108
Tabelle 3.40:	Beurteilung der Ausbildung (durch Absolventinnen/Absolventen) im Rahmen der Weiterbildung für basales und mittleres Management sowie Beurteilung der Durchführungsqualität durch Pflegedienstleiter/innen, in Prozent	109
Tabelle 3.41:	Bewertung der Ausbildung als Vorbereitung für zentrale Anforderungen bei Berufseinstieg (Lernergebnisse), Lehraufgaben	111
Tabelle 3.42:	Beurteilung der Ausbildung (durch Absolventinnen/Absolventen) im Rahmen der SAB Lehre für Gesundheits- und Krankenpflege sowie Beurteilung der Durchführungsqualität durch Schuldirektorinnen/-direktoren, in Prozent.....	112
Tabelle 3.43:	Bewertung der Ausbildung als Vorbereitung für zentrale Anforderungen bei Berufseinstieg (Lernergebnisse), Schuldirektorinnen/-direktoren und Lehrgangslösungen	115
Tabelle 3.44:	Beurteilung der Ausbildung (durch Absolventinnen/Absolventen) im Rahmen der Sonderausbildung für Lehraufgaben aus Perspektive des Bildungsmanagements, in Prozent	116

Tabelle 3.45:	Zentrale Aufgaben für Schuldirektorinnen/-direktoren und Bewertung der Vorbereitung durch die Ausbildung, in Prozent.....	117
Tabelle 3.46:	Bewertung des Pflegeprozesses in den Sonderausbildungen für Spezialbereiche, in Prozent	118
Tabelle 3.47:	Bewertung des Pflegeprozesses in der Grundausbildung, in Prozent	118
Tabelle 3.48:	Bewertung der Anleitung/Schulung von Auszubildenden und Praktikantinnen/Praktikanten in den Sonderausbildungen für Spezialbereiche, in Prozent	119
Tabelle 3.49:	Bewertung der Anleitung/Schulung von Auszubildenden und Praktikantinnen/Praktikanten in der Grundausbildung, in Prozent.	120
Tabelle 3.50:	Bewertung des Themas Pflegeforschung in den Ausbildungen, in Prozent.....	121
Tabelle 5.1:	Aus- und Weiterbildungskonzept: Unterstützungskraft	138
Tabelle 5.2:	Aus- und Weiterbildungskonzept: Pflegeassistenz.....	139
Tabelle 5.3:	Aus- und Weiterbildungskonzept: Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege – Generalistische Ausbildung	140
Tabelle 5.4:	Aus- und Weiterbildungskonzept: Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege – Kompetenzvertiefende Spezialisierung	141
Tabelle 5.5:	Aus- und Weiterbildungskonzept: Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege – Kompetenzerweiternde Spezialisierung	142
Tabelle 5.6:	Abstimmungsergebnis der Konferenz vom 26. 09. 2011	144

Tabellen im Anhang

Tabelle A 1:	Fokusgruppen, KW 38 – 2009	155
Tabelle A 2:	Amtsfachpflege, 19. Mai 2010	157
Tabelle A 3:	Workshops zur Anforderungen an Absolventinnen/Absolventen der Ausbildungen, von KW 22 bis 27 – 2010	158
Tabelle A 4:	Workshops zur Bewertung der Fragebogenergebnisse (Lernergebnisse), KW 19 und 27 – 2011	159
Tabelle A 5:	Konferenz „Wende in der Pflegeausbildung“, 26. September 2011.	162

Abkürzungen

Absolv.	Absolventinnen/Absolventen
ABV	Ausbildungsverantwortliche
AGuK	Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Allgemeine Gesundheits- und Krankenschwestern und -pfleger
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ANP	Advanced Nursing Practice
ÄrzteG	Ärztegesetz
AV	Ausbildungsverordnung
BGBI	Bundesgesetzblatt
BFI	Berufsförderungsinstitut
BlgNR	BlgNR Beilage(-n) zu den Stenografischen Protokollen des Nationalrates
BMM	basales und mittleres Management
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
d. h.	das heißt
DF	Durchführung
DSB	Diplomierte Sozialbetreuer/in
ECTS	European Credit Transfer System
EQR	Europäischer Qualifikationsrahmen
EU	Europäische Union
FB	Fortbildung
FSB	Fachsozialbetreuer/in
GAB	Grundausbildung
GesBRÄG	Gesundheitsberufe-Rechtsänderungsgesetz
ggf.	gegebenenfalls
GÖG/ÖBIG	Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG
GuK	Gesundheits- und Krankenpflege
GuK-AV	Gesundheits- und Krankenpflege - Ausbildungsverordnung
GuK-BAV	Gesundheits- und Krankenpflege-Basisversorgungs-Ausbildungsverordnung
GuK-LFV	Gesundheits- und Krankenpflege-Lehr- und Führungsaufgaben-Verordnung
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
GuKS	Gesundheit- und Krankenpflegeschule
GuK-TAV	Gesundheits- und Krankenpflege-Teilzeitausbildungsverordnung
GuK-WV	Gesundheits- und Krankenpflege - Weiterbildungsverordnung
HeimAufG	Heimaufenthaltsgesetz
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HNO	Hals/Nasen/Ohren

HKP	Hauskrankenpflege
ICN	International Council of Nurses
i. d. j. g. F.	in der jetzt gültigen Fassung
ISCED	International Standard Classification of Education
KAG	Krankenanstaltengesetz
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KiJP	Kinder- und Jugendlichenpflege bzw. diplomierte Kinderkranken- schwester und -pfleger
KP	Kompetenzprofil
NET	Pflege in der Nierenersatztherapie
NKS	Nationale Koordinierungsstelle für den NQR
NQR	Nationaler Qualifikationsrahmen
NS	Nurse Specialist
o. g.	oben genannte/n
OP	Pflege im Operationsdienst
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PDL	Pflegedienstleiter/in
Pflh-AV	Pflegehilfe-Ausbildungsverordnung
PH	Pflegehilfe bzw. Pflegehelfer/innen und Sozialbetreuer/innen mit Pflegehilfequalifikation
PhD	Doctor of Philosophy
PsyGuK	Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Psychiatrische Gesundheits- und Krankenschwestern und -pfleger
QK	Qualifikationsprofil
RN	Registered Nurse
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
RV	Regierungsvorlage
SAB	Sonderausbildung
SBB	Sozialbetreuungsberufe
t-w	täglich-wöchentlich
u. a.	unter anderem
UF	Unterrichtsfach/fächer
v. a.	vor allem
VZÄ	Vollzeitäquivalent
WB	Weiterbildung
WIFI	Wirtschaftsförderungsinstitut
z. B.	zum Beispiel

1 Einleitung

Die Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG (GÖG/ÖBIG) wurde mit 27. 3. 2009 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beauftragt, die gemäß Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) durchgeführten Aus-, Sonderaus- und Weiterbildungen der Pflegehilfe und des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (GuK) zu evaluieren.

Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz trat mit 1. September 1997 in Kraft und es werden seit nunmehr 16 Jahren die darin verankerten Berufe gemäß dieser Rechtsgrundlage(n) aus-, fort- und weitergebildet. Folglich war es an der Zeit zu evaluieren, ob die derzeitige Ausbildungssystematik der GuK-Berufe formal noch anforderungsgerecht, treffsicher und zukunftsfähig ausgestaltet ist. Dieser Evaluierungsbedarf wurde darüber hinaus auch in den Erläuterungen der Regierungsvorlage¹ zum Gesundheitsberufe-Rechtsänderungsgesetz 2007 (GesBRÄG 2007, BGBl I 2008/57) festgehalten.

Die angestrebte Evaluierung sollte die Ausbildungsbereiche und die damit verbundenen Regelungen des GuKG 1997 systematisch untersuchen. Der Prozess, die Ergebnisse, die Schlussfolgerungen und Empfehlungen sollten nachvollziehbar auf empirisch gewonnenen Daten (qualitative wie quantitative) beruhen und als Entscheidungsgrundlage für weitere Reformmaßnahmen in Richtung bedarfsorientiert ausgerichtetes Gesamtkonzept für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege dienen.

Der Evaluierungsprozess unterteilte sich in fünf Phasen und beanspruchte bis zur umfassenden Berichtslegung eine Laufzeit von vier Jahren (2009–2012):

- » Vorbereitungsphase (siehe Kontext- und Bedarfsanalyse als eigener Bericht)
- » Erhebungsphase (Inputfaktoren, Anforderungen, internationale Entwicklungen)
- » Validierungsphase (Ausbildungsgrundlagen, Lernergebnisse)
- » Bewertungsphase (Lernergebnisse IST-SOLL-IST)
- » Empfehlungsphase (Reformansätze)

Die Projektphasen zwei bis fünf sind, inklusive zentraler Ergebnisse der Kontext- und Bedarfsanalyse (Vorbereitungsphase, vgl. Rottenhofer et al. 2012a), Teil dieses Berichtes.

1

vgl. Erläuterungen, Besonderer Teil, Z 9 letzter Satz der RV 435 und zu 435 der Beilagen zu den Stenografischen Protokollen des NR XXIII. GP

2 Evaluierungsgegenstand und -design

Dieses Kapitel beschreibt Gegenstand, Fragestellung(en), Ziele, Ablauf und Methodik der Evaluierung.

2.1 Gegenstand der Evaluierung

Der Evaluierungsgegenstand umfasst die Aus-, Sonderaus- und Weiterbildungen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, wie sie das (GuKG) mit den darauf aufbauenden Aus- und Weiterbildungsverordnungen regelt.

2.1.1 Grundausbildungen

Gehobener Dienst für GuK

Die Ausbildung (FH-GuK-AV; GuK-AV; GuKG) in einem der drei Zweige¹ des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege dauert mindestens drei Jahre und umfasst mindestens 4.600 Stunden, die sich aus

- » mindestens 2.000 Stunden theoretischer Ausbildung,
- » mindestens 2.480 Stunden praktischer Ausbildung plus
- » 120 Stunden vertiefendem oder erweiterndem Unterricht – als schulautonomer Schwerpunkt – ergeben.

Zugangsvoraussetzungen für eine Ausbildung im gehobenen Dienst sind die gesundheitliche Eignung, die Vertrauenswürdigkeit der Person und die positive Absolvierung von mindestens zehn Schulstufen.

Gesundheits- und Krankenpflegeschulen sind an oder in Verbindung mit Krankenhäusern eingerichtet. Träger der Ausbildung sind die Krankenanstaltenträger oder Erwachsenenbildungseinrichtungen wie das Berufsförderungsinstitut. Seit dem Jahr 2008 kann die Ausbildung in allgemeiner GuK auch an Fachhochschulen mit Bachelorabschluss erworben werden. Die Absolvierung einer der beiden Ausbildungswege ist eine der Voraussetzungen für die Berufsberechtigung und zur Führung der Berufsbezeichnung

¹ Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege, Kinder- und Jugendlichenpflege

„Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester / Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger“¹.

Pflegehilfe

Die Ausbildung in der Pflegehilfe kann ab einem Lebensalter von mindestens 17 Jahren nach positiver Absolvierung der allgemeinen Schulpflicht gewählt werden, dauert ein Jahr und umfasst insgesamt 1.600 Stunden, wobei sich je 800 Stunden auf die theoretische und die praktische Ausbildung verteilen. Ausgebildet wird in Lehrgängen in Verbindung mit Krankenanstalten bzw. Einrichtungen oder Gebietskörperschaften, die Hauskrankenpflege anbieten. Die Träger sind ident mit den Trägern der GuKS sowie vermehrt Erwachsenenbildungseinrichtungen wie z. B. WIFI und BFI.

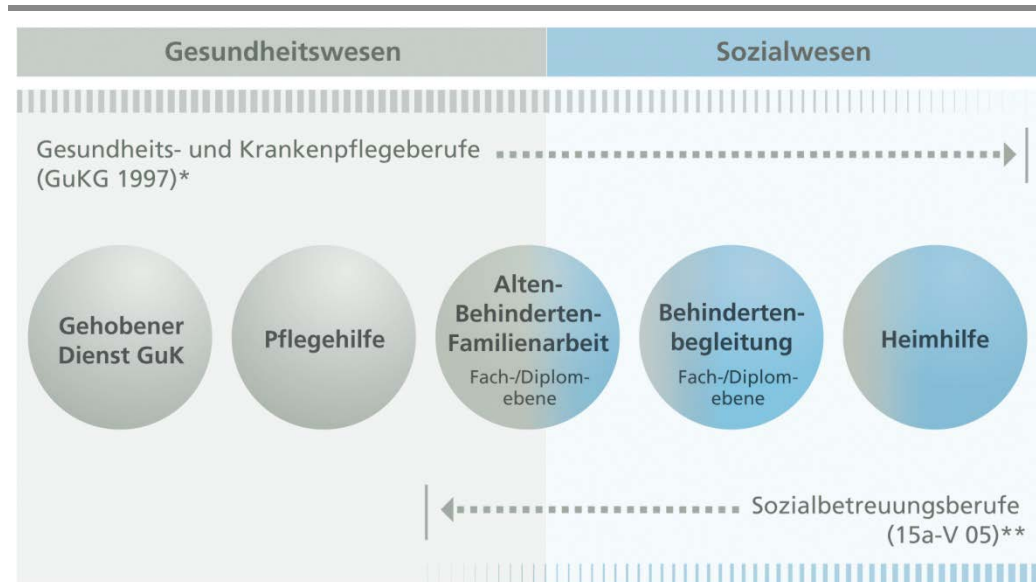
Seit dem Jahr 2004 ist es möglich, die Berufsberechtigung in der Pflegehilfe auch im Rahmen der Ausbildung für Sozialbetreuungsberufe zu erwerben. Dabei handelt es sich um zwei bzw. dreijährige Ausbildungen zum Fach- bzw. Diplomsozialbetreuungsberuf für Alten-, Behinderten- und Familienarbeit. Sozialbetreuungsberufe (SBB) sind für die Mitgestaltung der Lebenswelten ihrer Zielgruppen verantwortlich und werden daher in den Aspekten der Lebenswelt orientierten Begleitung, Unterstützung und für die Daseinsgestaltung ausgebildet.

Österreichweit vereinheitlicht wurden diese Ausbildungen durch die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen Bund und Ländern über Sozialbetreuungsberufe (Bundesländer-Sozialbetreuungsberufe). Ebenfalls zu den Sozialbetreuungsberufen mit Pflegekompetenz zählen der Fach-/Diplomsozialbetreuer und die Fach-/Diplomsozialbetreuerin – Behindertenbegleitung und die Heimhelferin / der Heimhelfer, zu deren Aufgabe neben Sozialbetreuung und Haushaltsführung auch die Unterstützung in der Basisversorgung gehört (vgl. Abbildung 2.1).

1

Diplomierte psychiatrische Gesundheits- und Krankenschwester / Diplomierter psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger oder Diplomierte Kinderkrankenschwester / Diplomierter Kinderkrankenpfleger

Abbildung 2.1:
Pflege- und Sozialbetreuungsberufe, Ebene Grundausbildung



* Gesundheits- und Krankenpflegegesetz

** 15a-Vereinbarung zwischen Bund und Ländern über die Sozialbetreuungsberufe

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2009

2.1.2 Aufbauende Aus- und Weiterbildungen

Sonderausbildungen

Als aufbauende Spezialisierungsmöglichkeiten wurden für diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen im GuKG Sonderausbildungen im Ausmaß von mindestens 800 bis 1.600 Stunden (theoretische und praktische Ausbildung) für erweiterte und spezielle Tätigkeitsbereiche geschaffen (vgl. Abbildung 2.2).

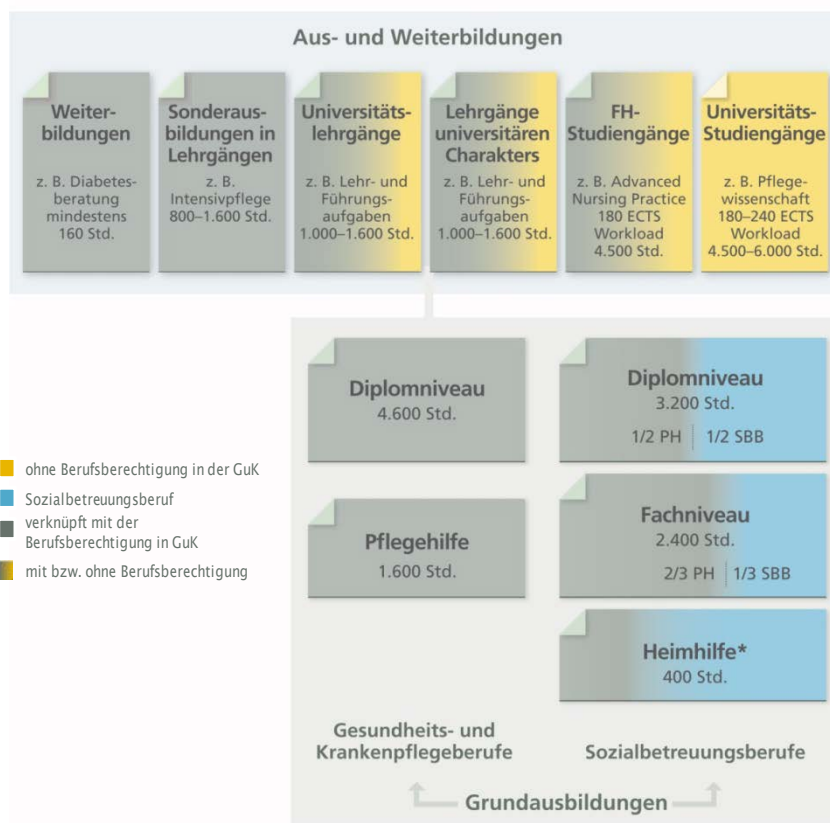
- » Spezialaufgaben sind
 - Kinder- und Jugendlichenpflege (aufbauend auf die Ausbildung in Allgemeiner Gesundheits- und Krankenpflege),
 - Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege (aufbauend auf die Ausbildung in Allgemeiner Gesundheits- und Krankenpflege),
 - Intensivpflege sowie Kinderintensivpflege,
 - Anästhesiepflege,
 - Pflege bei Nierenersatztherapie,
 - Pflege im Operationsbereich sowie
 - Krankenhaushygiene.

Erweiterte Aufgaben

- » Lehraufgaben sind
 - Lehrtätigkeit in der Gesundheits- und Krankenpflege,
 - Leitung von Gesundheits- und Krankenpflegeschulen,
 - Leitung von Sonderausbildungen sowie
 - Leitung von Pflegehilflehrgängen.
- » Führungsaufgaben sind
 - die Leitung des Pflegedienstes an einer Krankenanstalt und an Einrichtungen, die der Betreuung pflegebedürftiger Menschen dienen.

Abbildung 2.2:

Grund-, Sonderaus- und Weiterbildungen für Pflege- und Sozialbetreuungsberufe, Stand 2012



* Kein Zugang zu Weiterbildung gemäß GuKG

PH: Pflegehilfe | SBB: Sozialbetreuungsberufe | ECTS: European Credits Transfer System | Workload: Arbeitslast | 1 ECTS = 25 Stunden

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Die Regelung für die Spezialaufgaben sieht eine verpflichtende Sonderausbildung vor, diese muss jedoch erst nach spätestens fünf Jahren der Tätigkeit im jeweiligen Fachbereich abgeschlossen sein.

Die Sonderausbildungen für Lehr- und Führungsaufgaben werden überwiegend in Kooperation mit Universitäten als Universitätslehrgänge geführt und sind verpflichtende Voraussetzung für die Berufsberechtigung in den genannten Bereichen. Weiters gibt es im Hochschulbereich zahlreiche andere Ausbildungen, die mit den Sonderausbildungen für Lehr- und Führungsaufgaben im Verordnungswege vom Bundesminister / von der Bundesministerin für Gesundheit gleichgehalten sind, d. h. sie besitzen den gleichen Stellenwert.

Wollen Kinder- und Jugendlichenpflegepersonen bzw. psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, die eine spezielle Grundausbildung absolviert haben, oder Sanitätsunteroffiziere, Hebammen, Mediziner/innen und Pflegehilfen in der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege tätig sein, müssen sie eine verkürzte Ausbildung (1-2 Jahre ggf. im Dienstverhältnis) absolvieren. Der gehobene Dienst hatte bis zur Überführung der Hebammenausbildung in den Fachhochschulbereich auch die Möglichkeit eine verkürzte Ausbildung zur Hebamme zu absolvieren.

Weiterbildungen

Als vertiefendes Bildungsangebot können Weiterbildungen gemäß §§ 64 und 104a mit einem Stundenumfang von mindestens 160 Stunden auf Landesebene beim Landeshauptmann / bei der Landeshauptfrau zur Anerkennung eingereicht werden. Zurzeit sind für diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen insgesamt 45 angeführte Weiterbildungen und für die Pflegehilfe 14 Weiterbildungen angeführt (GuK-WV).

Gemäß § 11 Abs. 1 und 2 GuK-WV haben die Inhalte von Weiterbildungen den neuesten pflegewissenschaftlichen und medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen und Erfahrungen sowie erforderlichenfalls Erkenntnissen und Erfahrungen anderer für die Berufsausübung relevanter Wissensbereiche Rechnung zu tragen sowie sicherzustellen, dass mit der Weiterbildung die für die jeweilige Tätigkeit erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten von den Teilnehmerinnen/Teilnehmern erworben werden. Weiterbildungen haben auch hinsichtlich des Umfangs und des Verhältnisses zwischen theoretischer und praktischer Ausbildung dem Abs. 1 zu entsprechen.

Der Bundesminister für Gesundheit kann darüber hinaus Empfehlungen über die erforderlichen Inhalte und den Umfang für einzelne Weiterbildungen auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit veröffentlichen. Die Empfehlungen für Weiterbildungen seitens des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) sollten zu einer Vereinheitlichung des Angebotes beitragen.

Anders als bei Sonderausbildungen gibt es im GuKG für Weiterbildungen nur Rahmenvorgaben (u. a. Mindestumfang von 160 Stunden), was die Vergleichbarkeit der genannten Weiterbildungen erschwert. Ein Hinweis auf das anzustrebende Weiterbildungsergebnis im Sinne eines Qualifikationsprofils wird ebenso vermisst wie die Argumentation eines bestimmten didaktischen Konzeptes oder die Erfüllung der in der Verordnung geforderten Wissenschaftlichkeit.

2.2 Ausgangssituation zum Projektgegenstand

Dieser Abschnitt dient der Beschreibung der Ausbildungslandschaft auf Basis der seit 1997 geltenden Rechtsgrundlagen.

2.2.1 Pflegehilfe

Auf Ebene der Hilfs- und Assistenzkräfte im Pflegebereich begannen grundlegende Reformen anlassbezogen bereits im Jahr 1990. Infolge des „Lainz-Skandals“ wurde u. a. eine Ausbildungsoffensive gestartet. Die Anlernberufe der Stationsgehilfinnen und -gehilfen wurden von Pflegehelferinnen/-helfern mit einer verpflichtenden Ausbildung von einem Jahr abgelöst (§ 43a bis f Krankenpflegegesetz). Waren Pflegehelfer/innen gemäß Krankenpflegegesetz 1961 Teil der Sanitätshilfsdienste, so wurden sie im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz 1997 zu einem Beruf der Gesundheits- und Krankenpflege. Durch den steigenden Betreuungs- und Pflegebedarf der alternden Bevölkerung und die im Sozialbereich auf Landesebene unterschiedlich geregelten Berufe und Hilfsdienste (z. B. Altenhelfer/innen und Behindertenbetreuer/innen) bestand im letzten Jahrzehnt einerseits die Notwendigkeit der Harmonisierung auf Bundesebene, und andererseits sollten auch diese Berufe – je nach Zielgruppe – mit mehr oder weniger Pflegekompetenz ausgestattet werden. Das führte zur Integration der Pflegehilfeausbildung in die Ausbildungen der Betreuungsberufe, der Formulierung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über Sozialbetreuungsberufe und der Schaffung des Moduls Basisversorgung (140 Stunden) für Berufe wie Heimhilfen und Sozialbetreuer/innen für Behindertenbegleitung, die mit Menschen mit geringem medizinischen und pflegerischen Unterstützungsbedarf arbeiten (GuKG, Abbildung 2.1). Trotz dieser Reformen werden nach wie vor, insbesondere aus dem Sozialbereich, Wünsche und Forderungen bezüglich Erweiterung der Kompetenzen und Befugnisse von Pflegehelferinnen/-helfern in Richtung gehobener Dienst geäußert. Das auch durch Weiterbildungen nicht erweiterbare Berufsbild der Pflegehilfe erschwert den bedarfsorientierten Personaleinsatz, denn auch mit der positiven Absolvierung der – ebenfalls abschließend geregelten – Weiterbildungen sind keine Kompetenz- im Sinne von Befugnisenerweiterungen verknüpft. Dies wäre gemäß den Aussagen von Vertreterinnen/Vertretern unterschiedlicher Sektoren, Ebenen und Bereiche für die Pflegeversor-

gung jedoch dringend nötig, um sie versorgungsgerecht und leistbar zu gestalten. Darüber hinaus besteht eine noch nicht ausreichende Durchlässigkeit zwischen Sozialbetreuungsberufen und GuK-Berufen auf der Diplomebene.

2.2.2 Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege – Grundausbildung(en)

Die derzeit existierende Bildungslandschaft der Pflege- und Sozialbetreuungsberufe ist das Ergebnis jahrzehntelanger Reformbestrebungen der Pflegeberufe in Österreich. Für den gehobenen Dienst führten die Bestrebungen im GuKG 1997 zwar zu einem eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich mit Handlungsautonomie, nicht jedoch zur Etablierung der beruflichen Erstausbildung mit Berufsberechtigung an der Hochschule. Obwohl das Anforderungsniveau der Ausbildung im gehobenen Dienst seit dem Jahr 1997 mindestens jenem an einer berufsbildenden höheren Schule entspricht, schließt sie ohne Matura, d. h. ohne Hochschulzugangsmöglichkeit ab. Aufgrund des Aufnahmeerfordernisses von zehn positiv absolvierten Schulstufen besteht eine Lücke zwischen Absolvierung der Schulpflicht und beruflicher Erstausbildung. Die Ausbildung ist außerhalb des allgemeinen Bildungswesens auf Sekundarstufe II angesiedelt. Als Ausbildung „sui generis“ ist die Durchlässigkeit zum Regelschulwesen und dem Hochschulbereich nur über die Berufsreifeprüfung gewährleistet. Erst seit dem Jahr 2008 kann die Ausbildung zur allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege auch an der Fachhochschule mit Bachelorabschluss absolviert werden, sofern der einzelne Fachhochschul-Bachelorstudiengang die Mindestanforderungen der FH-GuK-AV (FH-GuK-AV) erfüllt. Bis heute nutzen mit Wien, Niederösterreich, Salzburg erst drei Bundesländer diese Möglichkeit parallel zur traditionellen Ausbildung. Überwiegend wird in Österreich an Schulen für GuK ausgebildet und ist seit dem Jahr 2006 auch in Teilzeit mit einer Dauer von höchstens sechs Jahren möglich (GuK-TAV).

Demgegenüber wird der gehobene Dienst innerhalb der EU mit Ausnahme von Luxemburg, Deutschland und Österreich (vgl. Landenberger et al. 2005; Stöcker 2004) im Hochschulbereich ausgebildet. Zudem ist die Ausbildung EU-weit überwiegend generalistisch ausgerichtet. Bei der österreichischen Ausbildung für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege wurde der ursprüngliche generalistische Ansatz, vermutlich aufgrund der parallel geführten speziellen Grundausbildungen in Kinder- und Jugendlichenpflege sowie der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege, in den Hintergrund gedrängt. Der europäische Mittelwert an Schulbildung vor Beginn der Krankenpflegeausbildung beträgt 11,8 Jahre und 20 der 24 befragten Länder fordern 12 Schuljahre und mehr (vgl. Liefgen 2008). Österreich würde einer Anhebung der Zugangsvoraussetzung im Rahmen der Berufsanerkennungsrichtlinie für Diplompflegeausbildungen von zehn auf zwölf Jahre allgemeine Schulbildung oder eine bestande-

ne Prüfung von gleichwertigem Niveau unter der Bedingung einer mindestens 7-jährigen Übergangsfrist zustimmen (Bundesministerium für Gesundheit 2012).

Die speziellen Grundausbildungen in der Kinder- und Jugendlichenpflege sowie in der Psychiatrischen GuK, wie sie in Österreich umgesetzt werden, sind im europäischen Raum eher die Ausnahme. Im Zuge der Evaluierung wurden die nationalen Gesundheits- und Krankenpflegeverbände dazu befragt. Es zeigt sich, dass hauptsächlich generalistische GuK auf Bachelorebene angeboten wird. Zusätzlich boten vier von 15 Ländern¹ eine Grundausbildung für Kinderkrankenpflege sowie für psychiatrische GuK an. In drei der 15 Länder wurde auch eine geriatrische Grundausbildung (GAB) und in einem Land eine GAB für die Pflege bei intellektuellen Beeinträchtigungen angeboten. Die Ausbildungen sind meist auf Bachelorebene angesiedelt. Darüber hinaus bieten alle 15 Länder Spezialisierungen für Kinder- und Jugendlichenpflege, psychiatrische Pflege und geriatrische Pflege als Nachdiplomstudien an. Absolventinnen/Absolventen spezieller Grundausbildungen sind im Hinblick auf eine Anerkennung innerhalb der EU benachteiligt: Eine automatische Anerkennung besteht auf der Grundlage der o. g. Richtlinie für in der allgemeinen GuK ausgebildete Personen, nicht jedoch für diplomierte psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflegepersonen sowie Kinder- und Jugendlichenpflegepersonen. Aus diesem Grund wurde im Jahr 2002 die European Specialist Nurses Organisation gegründet, die sich für die verpflichtende „Nachdiplomausbildung“ der Pflegespezialistinnen/-spezialisten aufbauend auf eine generalistische Grundausbildung sowie die Anerkennung der speziellen Ausbildungen auf europäischer Ebene einsetzt (European Specialist Nurses Organisations).

1

Bulgarien, Dänemark, Estland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Niederlande, Norwegen, Polen, Rumänien, Schweiz, Slowenien

Tabelle 2.1:
 Bildungsangebote für Pflege- und Sozialbetreuungsberufe in Österreich

Ausbildungsform	Kurs/ Lehrgang	Fach- schule	BMS/ BHS* GuKS	SAB im GW	ULG*/ LUC*	Fachhoch- schule	(Privat-) Universität
Abschluss	Zeugnis	Zeugnis	Diplom	Zeugnis	Akad. geprüft / Master	Bachelor/ Master	Bachelor/ Master
Pflegewissenschaft							X
ANP*						X	X
Führungsaufgaben				X	X	X	X
Lehraufgaben				X	X	X	X
Pflege im OP-Bereich				X			
Krankenhaushygiene				X			
Pflege bei Nierenersatz- therapie				X			
Anästhesiepflege				X			
Intensivpflege				X			
Gehobener Dienst GuK*			X			X	X
Diplom-Sozialbetreuung			X				
Fach-Sozialbetreuung		X					
Pflegehilfe	X						
Heimhilfe	X						

*GW = Gesundheitswesen / GuK = Gesundheits- und Krankenpflege / GuKS = Gesundheits- und Krankenpflegeschulen / ULG = Universitätslehrgang / LUC = Lehrgang universitären Charakters / BMS/BHS = berufsbildende mittlere Schule/berufsbildende höhere Schule / SAB = Sonderausbildung
 *ANP = Advanced Nursing Practice

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die im europäischen Vergleich und im Hinblick auf die beruflichen Anforderungen späte Entwicklung hin zu einer hochschulischen Ausbildung in der GuK versuchen einige Schulen für GuK durch Kooperationen mit Universitäten¹ zu überbrücken. Absolventinnen/Absolventen erwerben aufgrund dieser sogenannten „2-in-1-Modelle“ zwei Abschlüsse, ein Diplom als Abschluss der Schule für GuK und einen Bachelorabschluss an der Universität als ersten akademischen Grad in Pflegewissenschaft.

¹
 UMIT – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik (Hall i. Tirol);
 PMU – Paracelsus Medizinische Privatuniversität (Salzburg) und MUG – Medizinische Universität Graz (Graz)

2.2.3 Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege – Spezialisierungen

Das GuKG regelt Spezialisierungen für bestimmte Fachbereiche entweder durch fix vorgegebene Sonderausbildungen (SAB) oder durch variabel mögliche Weiterbildungen zur Vertiefung der in der Grundausbildung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten. Die Sonderausbildungen können daher nicht flexibel und bedarfsorientiert angepasst werden. Weiterbildungen sind jedoch nicht ausreichend standardisiert. Daher sind Weiterbildungen für die Etablierung neuer Rollen und Funktionen in der GuK nicht geeignet.

Für die Wahrnehmung von Lehr- und Führungsaufgaben sowie Spezialaufgaben wie u. a. Intensivpflege oder Krankenhaushygiene sind die dafür vorgesehenen Sonderausbildungen verpflichtend zu absolvieren. Die derzeit abschließend geregelten Sonderausbildungen sind auf die Akutversorgung im Krankenhaus ausgerichtet. Die Entwicklung neuer erforderlicher Rollen und Funktionen insbesondere für die Primär- und Langzeitversorgung fehlt.

Alle Studiengänge im Hochschulbereich, die derzeit für „Advanced Nursing Practice“ angeboten werden, fokussieren neben u. a. Patientenedukation auch auf Lehr- und/oder Führungsaufgaben, damit auch eine formal und im System etablierte Rolle/Funktion mit diesem Abschluss verknüpft ist. Sonst finden Absolventinnen/Absolventen von ANP-Studiengängen keine ausbildungsadäquaten Stellen, weder im Krankenhaus noch im niedergelassenen Bereich (mobile Pflege) oder im Pflegeheim.

International werden zur Spezialisierung und Vertiefung sowie Erweiterung der Kompetenzen aufbauend auf Bachelorprogrammen unterschiedliche Masterprogramme angeboten. Pflegelehrer/innen beispielsweise werden in der EU an der Universität, der Fachhochschule oder an Weiterbildungsinstituten in Kooperation mit Hochschulen ausgebildet. Die Ausbildung dauert durchschnittlich zwei Jahre, bei einer Mindestdauer von sechs oder zwölf Monaten (Griechenland und Frankreich) und einer Höchstdauer von fünf oder sechs Jahren (Spanien). Zugangsvoraussetzung sind die Grundausbildung in allgemeiner Krankenpflege und zusätzlich Berufspraxis im Ausmaß von einem bis drei Jahren. Abgeschlossen wird die Ausbildung entweder mit dem Master of Nursing Education oder mit dem Master of Science oder mit dem Master of Public Health, dem Lehramt oder einem Hochschuldiplom (vgl. Landenberger et al. 2005; Stöcker 2004). In Österreich wird man für Lehr- und Führungsaufgaben noch im Rahmen einer Sonderausbildung qualifiziert, die mittlerweile überwiegend in Kooperation mit einer Universität nach den Vorgaben der GuK-LFV (GuK-LFV) formal als Universitätslehrgang organisiert ist. Eine Anpassung an den europäischen Standard ist daher anzustreben.

2.2.4 Pflegewissenschaft

Ein weiteres Ziel der Reformbestrebungen in den letzten Jahrzehnten war, die Pflegewissenschaft international vergleichbar als eigenständige Disziplin an der Universität zu verankern. Heute bestehen Professuren an vier österreichischen Universitäten (Universität Wien, Medizinische Universität Graz, Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg, Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik Hall in Tirol). Das Studium der Pflegewissenschaft existiert unabhängig von einer zur Berufsberechtigung führenden Ausbildung in Gesundheits- und Krankenpflege an GuK- oder Fachhochschulen und ist aufgrund des freien Hochschulzuges in Österreich auch nicht auf die Zielgruppe der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen eingeschränkt. Eine institutionelle Verknüpfung von Pflegewissenschaft und Ausbildung zum gehobenen Dienst für GuK besteht nur im Rahmen der fachhochschulischen Ausbildung und der zuvor angeführten „2-in-1-Modelle“. Die Herausforderung besteht daher künftig darin, die Erkenntnisse der Pflegewissenschaft zum Nutzen der Pflege und der Bevölkerung mit einer wissenschaftsbasierten Grundausbildung zu verknüpfen sowie pflegewissenschaftliche Fragestellungen der beruflichen Praxis dem Wissenschaftsbereich zuzuführen. Für Letzteres sind international „Advanced Nursing Practitioners“ mit einer Ausbildung zumindest auf Masterniveau verantwortlich.

2.2.5 Schlussfolgerung

Die Bildungslandschaft in der Pflege weist derzeit einen Wildwuchs an nicht aufeinander abgestimmten Ausbildungen und Qualifikationen sowie Spezialisierungen, insbesondere für den gehobenen Dienst, auf. Das Ziel, junge Menschen unmittelbar nach Absolvierung der allgemeinen Schulpflicht in der allgemeinen GuK auszubilden, ist weitgehend gescheitert. Einerseits konnte die Lücke zwischen Pflichtschulabschluss und frühest möglichem Ausbildungsbeginn bis heute nicht geschlossen werden, und andererseits wird die Ausbildung im Durchschnitt erst mit 18 Jahren und darüber begonnen (vgl. Rottenhofer et al. 2012a). Die Fokussierung in der Ausbildung zu GuK-Berufen auf das Krankenhaus greift zu kurz. Darüber hinaus bestehen Erfordernisse, die pflegebezogene Bedarfssituation außerhalb der Krankenhäuser¹ bei der Regelung und Umsetzung der Aus- und Weiterbildungen mehr zu berücksichtigen (vgl. Rottenhofer et al. 2012a). Im internationalen Kontext, insbesondere der EU, gilt es vergleichbar qualifizierte Berufe im Pflegebereich zu etablieren und vom internationa-

¹ Langzeitversorgung in Alten- / Pflegeheimen, Einrichtungen der Behindertenbetreuung sowie in der häuslichen/mobilen Pflege

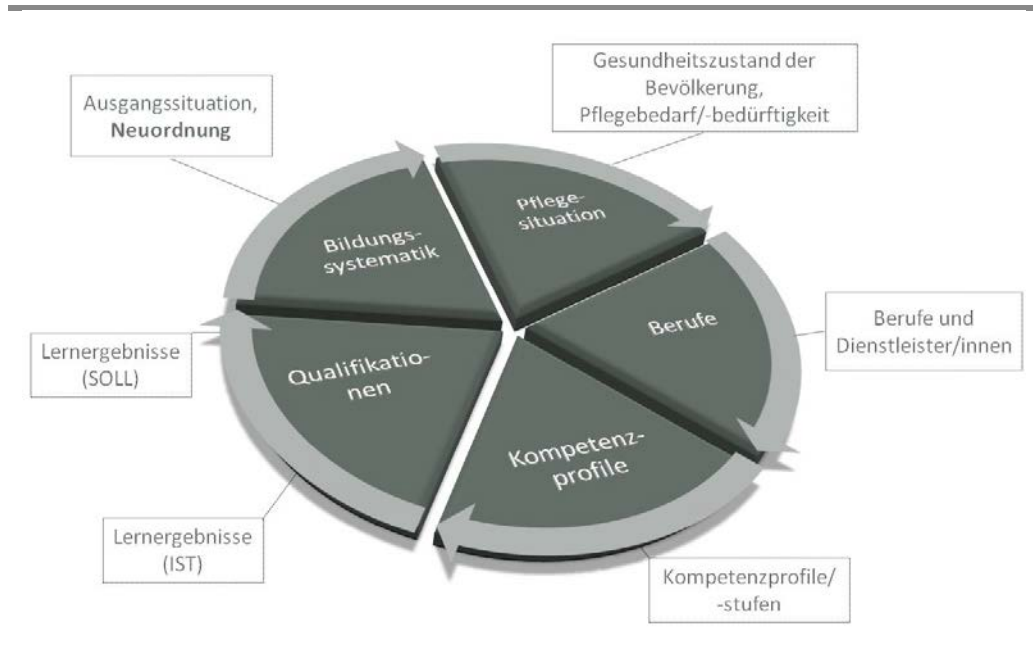
len Austausch v. a. im Hochschulbereich für die österreichische Gesundheits- und Pflegeversorgung zu profitieren.

2.3 Fragestellungen

Werden die derzeit angebotenen Aus- und Weiterbildungen dem Bedarf der Gesundheits- und Pflegeversorgung noch gerecht?

- » Wie stellt sich die Ausgangssituation der Aus- und Weiterbildungen für GuK-Berufe (Kennzahlen, Soziodemografie etc.) im Rahmen der Bildungssituation in Österreich insgesamt und anhand bildungspolitischer Entwicklungen und Trends dar und welche Schlussfolgerungen sind daraus für eine etwaige Reform abzuleiten?
- » Wie zeigt sich die „Pflegesituation“, d. h. der gegenwärtige und zukünftig zu erwartende Pflegebedarf – anhand der Datenlage sowie gesellschaftlicher Prognosen und Trends – und welche Erkenntnisse daraus sind für Aus- und Weiterbildungen der GuK-Berufe maßgebend/abzuleiten?
- » Welche Themen werden in der pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Literatur behandelt? Welche Rolle wird der Pflege zugeschrieben und was davon lässt sich auf die österreichische (Ausbildungs)situation übertragen?
- » Welche Berufe und Hilfsdienste etablieren sich und welche Bedeutung hat dies für die Aus- und Weiterbildungen der GuK-Berufe?
- » Wie entwickelten sich die Kompetenzprofile (Befugnisse) insbesondere des gehobenen Dienstes für GuK und mit welchen Implikationen für eine etwaige Neuordnung der Aus- und Weiterbildungen der GuK-Berufe ist zu rechnen?
- » Werden die tatsächlich durch die Aus- und Sonderausbildungen erzielten Lernergebnisse den gegebenen Anforderungen in den unterschiedlichen Handlungsfeldern/Settings gerecht?
- » Stimmen die mit den gesetzlichen und curricularen Vorgaben intendierten Lernergebnisse mit den real erzielten überein?
- » Auf welcher Stufe lassen sich die Lernergebnisse (IST/SOLL) im nationalen Qualifikationsrahmen (NQR) verorten und wie lassen sich die gewonnenen Erkenntnisse für die Weiterentwicklung der Pflegebildungssystematik nutzen?
- » Welche Empfehlungen sind für die Ausbildungssystematik der GuK-Berufe abzuleiten?

Abbildung 2.3:
Evaluierungsdimensionen



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

2.3.1 Prämissen der Evaluierung

Im Rahmen der Projektgenese wurden mit dem Auftraggeber Leitgedanken für die Evaluierung formuliert. Sie sollte bedarfsorientiert sowie zukunfts- und EU-orientiert durchgeführt werden. Ziel war ein fachlich schlüssiges, versorgungs- und patientengerecht formuliertes Ergebnis, das dem Qualitätssicherungsaspekt entspricht.

Am Bedarf orientiert bedeutet hier: Bedarf der Bevölkerung anhand (pflege)epidemiologischer bzw. demografischer Daten, die hinsichtlich Qualität und Quantität für die verschiedenen Settings und Zielgruppen auszuwerten waren. Darüber hinaus galt es die fachliche Perspektive des Pflegepersonals zu berücksichtigen. Gesellschaftspolitische Strategien, sofern themenbezogen vorhanden, waren ebenfalls heranzuziehen.

Zukunftsorientierung bedeutet, heute schon zukünftige Entwicklungen/Trends zu antizipieren und diese zu berücksichtigen und damit nicht nur den Status quo und die Gegenwart abzubilden.

Die europäische Dimension wird einerseits durch themenbezogene Rechtsgrundlagen der EU, und andererseits durch versorgungsseitige, berufliche und hochschulische Entwicklungen im europäischen Raum berücksichtigt.

Ein fachlich schlüssiger Reformvorschlag geht davon aus, dass die Ausbildungen auf die spätere Berufstätigkeit ausreichend vorbereitet, lässt jedoch nicht außer Acht, dass erst die berufliche Tätigkeit zur erforderlichen Kompetenz im jeweiligen Handlungsfeld führt. Weiters müssen Ausbildungen so definiert und formalisiert werden, dass eine flexible bedarfsorientierte Anpassung von Inhalten und Methoden etc. möglich ist, ohne das jeweilige Qualifikationsprofil aus dem Auge zu verlieren. Theorie und Praxis sollen einander ergänzen und die didaktischen und pädagogischen Konzepte dem State of the Art entsprechen.

Versorgungsgerecht sind Reformvorschlag bzw. Gesamtkonzept dann, wenn Aus-, Fort- und Weiterbildung so ausgestaltet werden, dass sie den Prinzipien der Qualitätsarbeit sowie dem gesellschaftlichen Bedarf gerecht werden.

Patientengerecht bedeutet für den Reformvorschlag, dass die Bedürfnisse der verschiedenen Zielgruppen/Bevölkerung berücksichtigt werden. Das heißt, das Erleben, die Interessen und die Wahrnehmung der Zielgruppen sowie deren Autonomie und Selbstbestimmung werden berücksichtigt.

Der Reformvorschlag sichert die Pflegequalität insofern, als sie als zentraler Punkt des Gesamtkonzeptes aufgegriffen wird. Aspekte der Struktur- und Ergebnisqualität sollen in Instrumenten, wie u. a. dem ÖSG verankert werden, wie es auf Bundesebene möglich, sinnvoll und nötig erscheint.

2.4 Ziel

Ziel der Evaluierung war eine systematische und fundierte Bewertung der Ausbildungsbereiche der GuK-Berufe zur Optimierung der Aus-, Sonderaus- und Weiterbildungen und damit ggf. auch der Berufsbilder, der Aufgaben und Tätigkeitsbereiche sowie der qualitätssichernden Bestimmungen.

2.5 Untersuchungsdesign

Für die Evaluierung des GuKG 1997 sowie der darin beschriebenen Inhalte und Rahmenbedingungen steht noch kein etabliertes Methodenset zur Verfügung. Aufgrund der Prämissen sind an die Evaluierung hohe inhaltliche und methodische Anforderun-

gen gestellt und es ergeben sich für die Durchführung besondere Ansprüche. Demnach entspricht das Design für die wissenschaftliche Evaluation einem Querschnittsdesign.

2.5.1 Ablauf

Die Evaluierung gliedert sich in Vorbereitungs-, Erhebungs-, Validierungs-, Bewertungs- und Empfehlungsphase (vgl. Becker/Spöttl 2006, 10). Die Forschungsmethoden sind in der Abbildung 2.4 überblicksmäßig dargestellt.

Abbildung 2.4:
Ablauf der Evaluierung

Vorbereitung (2009)	Bedarfs- und Kontextanalyse Bevölkerungsentwicklung, Gesundheitszustand der Bevölkerung; Entwicklungen, Dynamiken und Trends in der Bildungslandschaft (allgemein, GuK-spezifisch); Personalausstattung im Pflegebereich, Arbeitslast; Datenauswertungen (OGIS) Berufsbilder, Rollen, Funktionen der Pflege (international) – Literaturanalyse		
Erhebung Sammeln von Informationen (2009 – 2010)	Fokusgruppen (7 Perspektiven) Herausforderungen – Erwartungen an die Rolle, Funktion von Pflegepersonen (SOLL)	Fragebogen Ausbildungen Inputfaktoren: Bewerber/innen, Zugangs- voraussetzungen, Auswahl- verfahren, Qualifikation Lehrende etc. + QM/QS.	Aufgabenanalyse (Workshops) Kern-Kompetenzen in allen Fachrichtungen der GuK (allgemein plus Spezialisierungen) in den zentralen Einsatzgebiete/Settings/Kembranchen (IST)
Validierung (2010–2011)	Unterlagenanalyse Intendiertes Lernergebnis (Rechtsgrundlagen und Curricula) (SOLL)	Fragebogenerhebung Outcome-Evaluation anhand ausgewählter, für die jeweilige Berufsgruppe typischer/exemplarischer Kompetenzen (Praxisanleiter/innen; Absolvent/innen-Lernergebnis IST)	
Bewerten von Informationen (2011)	Abgleich Lernergebnis IST–SOLL und ergebnisbezogene Ursachenanalyse (Expertenworkshop) anhand der für die jeweilige Berufsgruppe d. h. Ausbildung typischen/exemplarischen Kompetenzen		
Empfehlung Vorbereiten von Entscheidungen (2011)	SOLL– Bildungskonzept für GUK–Berufe Erarbeitung eines idealtypischen SOLL-Konzeptes, das in einer Konferenz mit der Fachwelt diskutiert und abgerundet wird.		

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

2.5.2 Methodik

Im wissenschaftlichen Querschnittsdesign der Evaluierung kamen folgende Methoden zu Anwendung.

2.5.2.1 Sekundärdatenanalysen

Zur Beschreibung des Gesundheits- und Pflegezustandes der Bevölkerung wurden im Rahmen der Kontext- und Bedarfsanalyse folgende Datenquellen herangezogen:

- » Bildungs- und Hochschulstatistik (Statistik Austria)
- » Bundespflegegeldbezieher (Hauptverband der Sozialversicherungsträger)
- » Diagnosen- und Entlassungsstatistik
- » Diagnosen- und Leistungsdokumentation (BMG)
- » Ergebnisse der Stellungenuntersuchung (Bundesministerium für Landesverteidigung)
- » Kostenstellenstatistiken der österreichischen Fonds-Krankenanstalten (BMG)
- » Landespflegegeldbezieher (Statistik Austria)
- » Österreichische Gesundheitsbefragung – Mikrozensus (Statistik Austria)
- » Statistik des Bevölkerungsstandes (Statistik Austria)
- » Todesurachenstatistik (Statistik Austria)
- » Volkszählungen (Statistik Austria)

2.5.2.2 Systematische Literaturrecherche

Der Recherche liegen zwei allgemeine Fragestellungen zu Grunde:

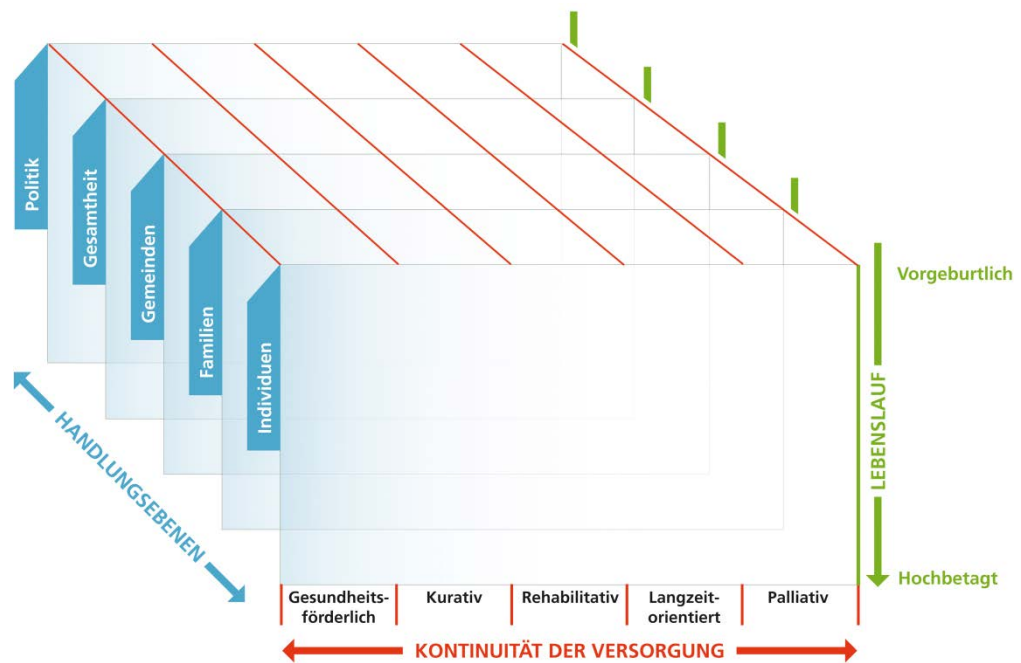
- » Welche Themen werden in der pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Literatur behandelt?
- » Welche Rolle wird dabei der Pflege zugeschrieben?

Die Literaturrecherche hatte einen explorativen Charakter zur prinzipiellen Auslotung des Feldes und folgte in der ersten Runde den Schritten eines systematischen und in der Verfeinerung und Darstellung der Ergebnisse eines narrativen Reviews. Der Literaturrecherche liegt das Modell von Miriam Hirschfeld zur „populationsbezogenen Erbringung von Versorgungsleistungen“ (Hirschfeld 2000; Schaeffer/Ewers 2001) zugrunde.

Aus dem Hirschfeld-Modell ergaben sich für die Literaturrecherche drei Suchstränge (vgl. Abbildung 2.5):

- » Gesundheitsförderliche, kurative, rehabilitative, langzeitorientierte und palliative Versorgungsleistungen
- » Vorgeburtlich bis hochbetagt als Lebensabschnitte über den gesamten Lebenslauf, differenziert nach: Föten (in der Recherche kombiniert mit Schwangerschaft), Säuglingen, Kleinkindern, Jugendlichen, Erwachsenen, jungen Alten und Hochbetagten
- » Individuen, Familien, Gemeinden, Gesamtheit (Gesellschaft) und Politik als zentrale Handlungsebenen

Abbildung 2.5:
Populationsbezogene Erbringung von Versorgungsleistungen aus der Sicht der WHO



Quelle Hirschfeld 2000
Darstellung: GÖG/ÖBIG 2009

Die Bedeutung der Thematik für zukünftige Handlungsfelder und Einsatzgebiete der Pflege in Österreich konnte in einem weiteren Schritt durch das Zusammenführen der Recherche-Ergebnisse mit epidemiologischen und demografischen Daten zur Situation in Österreich überprüft werden. Die Ergebnisse der Kontext- und Bedarfsanalyse im Detail sind in einem eigenen Bericht nachzulesen (vgl. Rottenhofer et al. 2012a). Eine Zusammenfassung der Ergebnisse der Daten- und Literaturanalyse bietet dieser Bericht in den Abschnitten 3.3, 3.5, 3.6).

2.5.2.3 Fokusgruppen

Die Auswahl der Fokusgruppen wurde – anhand einer Liste im Vorfeld selektierter wichtiger Stakeholder – mit dem Auftraggeber gemeinsam getroffen und sieben Gruppen gebildet. Insgesamt nahmen 61 Personen an den folgenden Fokusgruppen teil:

- » *Rechts-/Kostenträger* (aus Organisationen oder Fachbereichen, die primär auf Basis von Ausstattungsfaktoren und Finanzierungsaspekten die zukünftigen Herausforderungen und den Bedarf einschätzen)
- » *Praxisperspektive Medizin* (Vertreter/innen medizinischer Fachgesellschaften zu bestehenden SAB sowie jenen, die sich mit besonders relevanten oder auch neu entstandenen Fachthemen beschäftigen).
- » *Praxisperspektive Pflege* (Vertreter/innen der Fachbereiche der SAB und demografisch relevanter Fachbereiche)
- » *Lehre in der Pflege* (Vertreter/innen aus Aus- und SAB, WB und Hochschulbereich)
- » *Berufspolitik und Interessenvertretungen* (Berufsverbände, Fachgewerkschaften, Ärztekammer, Arbeitnehmervertreter und Wirtschaftskammer)
- » *Patientensicht, Klientensicht*: Vertreter/innen, die selbst Nutzer des Systems sind bzw. die Nutzerperspektive vertreten.
- » *Fachliche Schnittstellen zu anderen Berufen*: Vertreter/innen aus Gesundheits-, Sozial- und Pflegeberufen, deren Tätigkeiten mit dem Fach Pflege mehr oder weniger Berührungspunkte, Schnittstellen oder Überlappungen der Aufgaben aufweisen.

Ergebnisse und Details dazu beinhaltet der Ergebnisbericht zur Kontext- und Bedarfsanalyse (vgl. Rottenhofer et al. 2012a).

2.5.2.4 Fragebogenerhebungen

Im Rahmen der Evaluierung kamen differenziert nach Aus-, Sonderaus- oder Weiterbildungen unterschiedliche Fragebogenerhebungen zum Einsatz. Folgende Zielgruppen wurden in Abhängigkeit vom spezifischen Erkenntnisinteresse befragt:

- » Amtsfachpflegepersonen¹, die auf der Landesebene für die Qualitätssicherung der Aus- und Weiterbildungen zuständig sind
- » Ausbildungs- und Lehrgangleitungen wie u. a. Direktorinnen/Direktoren der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen sowie der Schulen für Sozialbetriebsberufe
- » Absolventinnen/Absolventen der Grund- und Sonderausbildungen (GAB und SAB)
- » Ausbildungsverantwortliche, die die Anleitung und Einschulung der Absolventinnen/Absolventen (GAB und SAB) in Krankenhaus, Alten-/Pflegeheim oder der Mobilien Versorgung (Hauskrankenpflege) durchführen.

¹

Amtsfachpflegepersonen sind die in den Gesundheitsabteilungen der Länder für Ausbildungsfragen zuständigen Pflegefachkräfte

Amtsfachpflegepersonen

In jedem Bundesland gibt es seitens der Landesregierung eine für die Ausbildung zu Gesundheitsberufen an Gesundheitsschulen und Akademien zuständige Amtsfachpflegeperson. Deren Befragung verfolgte die Ziele umfassende Sammlung der Ausbildungsanbieter sowie Informationen über Nostrifikationen und Weiterbildungen.

Die Befragung erfolgte mittels eines einfachen, per E-Mail versandten Microsoft-Word-97-Dokuments. Acht von neun Amtsfachpflegepersonen retournierten den Fragebogen in elektronischer Form per E-Mail entweder als PDF oder als Microsoft Word-Dokument. Eine Amtsfachpflegeperson übermittelte ihre Antworten schriftlich per Brief.

Die Ergebnisse zu den Nostrifikationen wurden in die Kontext- und Bedarfsanalyse eingearbeitet (vgl. Rottenhofer et al. 2012a).

Gesundheits- und Krankenpflegesschulen, Schulen für Sozialbetreuungsberufe und Erwachsenenbildungseinrichtungen

Die Befragung der Ausbildungs- und Lehrgangisleiter/innen umfasste Aspekte der Bewerber/innen, Schüler/innen, des Lehrpersonals sowie pädagogisch-didaktische Themen.

Der Fragebogen wurde über Vermittlung durch die Amtsfachpflegekräfte als einfaches Microsoft-Word-97-Dokument verschickt. Dieser Weg wurde gewählt, um für die Amtsfachpflegekräfte die Fragebogenverteilung zu erleichtern. Das Dokument war so formatiert, dass es sowohl schriftlich in ausgedruckter Form als auch elektronisch ausgefüllt werden konnte. Der Großteil der beantworteten Fragebögen wurde als Ausdruck per Brief retourniert.

Der Fragebogen sollte im Sinn einer Vollerhebung an alle Gesundheitsschulen und alle Ausbildungseinrichtungen mit Ausbildungen zu Sozialbetreuungsberufen mit Pflegehilfemodul ausgesandt werden. Der Versand an die Gesundheitsschulen erfolgte indirekt über die Amtsfachpflegepersonen. Insgesamt erhielten wir 110 Rückmeldungen aus Gesundheitsschulen. Die Rücklaufquote kann hier nur näherungsweise geschätzt werden, da die Grundgesamtheit aufgrund der stellvertretenden Fragebogenverteilung durch die Amtsfachpflegepersonen nicht exakt beziffert werden kann und sich einzelne Antworten nicht genau einer Ausbildung zuordnen lassen. Die Unschärfe wird dadurch verstärkt, dass es zu Unterschieden in der Zählweise (Ausbildungseinrichtungen, Lehrgänge oder Klassen) kam. Insbesondere bei den Sonderausbildungen ist die Rücklaufquote mit 44 von etwa 77 Ausbildungen (57 %) und bei den Grundausbildungen mit 45 von etwa 93 Ausbildungen (48 %) sehr gut. Bei den Pflegehilfelehr-

gängen ist die Rücklaufquote mit näherungsweise 16 Prozent deutlich geringer. Ebenso gering war die Rücklaufquote mit 11 von etwa 63 Antwortfragebögen (17 %) auch bei den Ausbildungen zu Sozialbetreuungsberufen mit Pflegehilfemodul.

Ausbildungsverantwortliche sowie Absolventinnen und Absolventen

Die Befragung der Pflegepraxis zielte darauf ab herauszufinden, inwiefern die im Rahmen der Ausbildung vermittelten Inhalte und erreichten Lernergebnisse den tatsächlichen Anforderungen im Beruf entsprechen. Diese Fragestellung wurde mittels einer standardisierten Befragung der Absolventinnen/Absolventen der einzelnen Ausbildungen einerseits, und der Ausbildungsverantwortlichen (u. a. Praxisanleiter/innen) in den Arbeitgebereinrichtungen andererseits, bearbeitbar gemacht. Die Grundlage dafür wurde in verschiedenen Workshops pro Ausbildung (GAB und SAB) mittels Aufgabenanalysen mit Berufsangehörigen aus dem jeweiligen Handlungsfeld erarbeitet (vgl. Tabelle 2.2). Ergebnis dieser Workshops sollte eine priorisierte Auswahl von Anforderungen sein, denen Absolventinnen/Absolventen bei Berufseintritt bzw. Tätigkeitsaufnahme im jeweiligen Handlungsfeld/Funktionsbereich durch die Ausbildung gewachsen sein sollen.

Tabelle 2.2:

Eckdaten zur Erarbeitung der Anforderungen an Absolventinnen/Absolventen in Workshops

Erarbeitung der Anforderungen der Pflege-, Lehr- und Managementpraxis an Absolv. der jeweiligen Grund- und Sonderausbildungen	Eckdaten
Anzahl der Workshops (insgesamt)	8
Pflegesettings und -zweige (insgesamt)	8
Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen (insgesamt)	29
Fachrichtungen und Zielgruppen (insgesamt)	ca. 40
Berufsgruppen, Spezialisierungen und Funktionen innerhalb der Pflege (insgesamt)	18
Anzahl der Teilnehmer/innen (insgesamt)	98

Quelle und Darstellung: CÖG/ÖBIG 2011

Die in den Fragebögen angeführten Anforderungen waren nicht als abschließende Beschreibung der Tätigkeitsfelder gedacht, sondern beinhalten lediglich die von den Berufsangehörigen in den Workshops als besonders wichtig erachteten Anforderungen, mit denen sich Berufsanfänger/innen konfrontiert sehen. Dabei sollte die konkrete Formulierung einer Anforderung

- » möglichst der Ausdrucksweise der Berufsangehörigen entsprechen und
- » auch das Niveau, auf dem eine Anforderung beherrscht werden muss, beinhalten.

Um abschätzen zu können, inwiefern die Ausbildungen den alltäglichen beruflichen Erfordernissen entsprechen, wurden Absolventinnen/Absolventen, deren Ausbildung nicht länger als fünf Jahre¹ zurück lag, sowie Praxisanleiter/innen befragt.

Die Absolventen- und Praxis-Fragebögen zu den Grundausbildungen wurden im Rahmen eines Pretests auf Verständlichkeit und Bearbeitungsdauer überprüft. Dieser Pretest hatte insbesondere eine geringfügige Überarbeitung der Antwortskalen zur Folge.

Die Absolventinnen/Absolventen der Grundausbildungen, der Pflegehelferlehrgänge und der Ausbildungen für Sozialbetreuungsberufe mit Pflegehelfermodul wurden je Anforderung gefragt:

- » Wurden Sie durch die theoretische Ausbildung ausreichend, lückenhaft, ungenügend oder gar nicht auf die betreffende Anforderung vorbereitet?
- » Wurden Sie durch die praktische Ausbildung ausreichend, lückenhaft, ungenügend oder gar nicht auf die betreffende Anforderung vorbereitet?

Die Absolventinnen/Absolventen der Sonderausbildungen wurden gefragt:

- » Häufigkeit der Anforderung
Diese Anforderung bewältigen zu können, ist notwendig, günstig oder egal.
Die Vorbereitung durch die Sonderausbildung war ausreichend, lückenhaft, ungenügend oder gar nicht gegeben.
Soll die Anforderung in der Ausbildung berücksichtigt werden?

Die Ausbildungsverantwortlichen der Grundausbildungen, der Pflegehelferlehrgänge und der Ausbildungen für Sozialbetreuungsberufe mit Pflegehelfermodul wurden gefragt:

- » Häufigkeit der Anforderung
- » Die Qualität der Durchführung einer Anforderung durch die Absolventinnen/Absolventen ist tadellos, ausreichend, mangelhaft oder ungenügend.
- » Soll die Anforderung in der Ausbildung berücksichtigt werden?
- » Wird auch von anderen Berufsgruppen durchgeführt?

Die Ausbildungsverantwortlichen der Sonderausbildungen wurden gefragt:

- » Häufigkeit der Anforderung
- » Diese Anforderung bewältigen zu können, ist notwendig, günstig oder egal.

¹

Bei den Zielgruppen Pflegedienstleiter/innen, Schuldirektor/innen und bei Hygienefachkräften wurde zugunsten eines höheren Rücklaufes dieser Zeitraum offen gelassen.

- » Die Qualität der Durchführung einer Anforderung durch die Absolventinnen/Absolventen ist tadellos, ausreichend, mangelhaft oder ungenügend.
- » Soll die Anforderung in der Ausbildung berücksichtigt werden?

Da es kein zentrales Register für Berufsangehörige gibt, konnten die Absolventinnen/Absolventen sowie die Ausbildungsverantwortlichen nicht direkt angeschrieben werden. Die Fragebogenverteilung musste daher über die Ausbildungseinrichtungen und die Arbeitgeber erfolgen.

Die Fragebögen wurde an Krankenhäuser, Anbieter mobiler Dienste und an Einrichtungen der Langzeitpflege, der Behindertenbetreuung und der Hospiz- und Palliativversorgung verschickt. Um die Last möglichst gering zu halten, wurden die Krankenhäuser per Zufallsprinzip in drei Gruppen unterteilt, die entweder den Fragebogen zu den Grundausbildungen, zur Pflegehilfe oder zu den Sonderausbildungen erhielten. Auf ähnliche Weise wurden die Einrichtungen der Langzeitpflege und die mobilen Dienste in zwei Gruppen unterteilt, die entweder den Fragebogen zur Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege oder zur Pflegehilfe erhielten. Für die Verteilung des Fragebogens für den Bereich Krankenhaushygiene erfolgte die Verteilung über Ausbildungseinrichtungen, da diese Personen über das Praxisfeld schwerer zu erreichen sind.

Das Anliegen dieser Befragung war, Berufsangehörige aus möglichst allen Organisationen, in denen Pflegekräfte angestellt sind, einzubinden. Dieser Modus der Fragebogenverteilung und der Umstand, dass es in Österreich kein zentrales Register aller Berufsangehörigen gibt, haben zur Folge, dass die Größe der Grundgesamtheit unbekannt ist. Allgemein ist festzustellen, dass der Rücklauf stark von Bundesland zu Bundesland bzw. von Organisation zu Organisation variierte. Es kann vermutet werden, dass dafür das Engagement von Unterstützerinnen/Unterstützern dieser Befragung in einzelnen Organisationen ausschlaggebend war.

Insgesamt wurden 1.748 ausgefüllte Fragebögen zurückgesandt – siehe Tabelle 2.3.

Tabelle 2.3:
Fragebögen je Ausbildung

	Post in Prozent	E-Mail in Prozent	Anzahl
Diplomierte (Absolv.)	86	14	157
Diplomierte (Praxis)	87	13	260
Sozialbetreuungsberufe (Absolv.)	93	7	96
Pflegehilfe (Absolv.)	89	11	181
Pflegehilfe (Praxis)	90	10	178
SAB OP (Absolv.)	74	26	89
SAB OP (Praxis)	71	29	24
SAB NET (Absolv.)	85	15	41
SAB NET (Praxis)	59	41	17
SAB Anästhesie (Absolv.)	71	29	42
SAB Anästhesie (Praxis)	69	31	13
SAB Intensiv (Absolv.)	69	31	107
SAB Intensiv (Praxis)	47	53	34
SAB Kinderintensiv (Absolv.)	82	18	17
SAB Kinderintensiv (Praxis)	69	31	16
SAB Hygiene (Absolv.)	17	83	47
SAB Lehre (Absolv.)	62	38	64
SAB Lehre (Leitung)	60	40	35
Führungskräfte Lehre (Absolv.)	66	34	32
Mittleres Management (Absolv.)	60	40	141
Mittleres Management (PDL)	59	41	69
Pflegedienstleitungen	42	58	88
Gesamt	75	25	1.748

SAB = Sonderausbildung OP = Pflege im Operationsdienst
NET = Pflege in der Nierenersatztherapie

PDL = Pflegedienstleiter

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2012

2.5.2.5 Rechtliche Ausgangslage

Anhand der Analyse der gesetzlich normierten Kompetenzen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe gemäß GuKG, insbesondere des gehobenen Dienstes, soll der Kompetenzzuwachs aufgrund des GuKG gegenüber dem Krankenpflegegesetz 1961 sowie in den Jahren 1997 bis 2012 ab Inkrafttreten des GuKG im Jahr 1997 dargestellt werden. Diese Kompetenzen werden im Hinblick auf das Qualifikationsniveau mit den anderen Gesundheitsberufen in Bezug gesetzt sowie mit den Qualifikationsstufen des NQR und den Studiengangprofilen für Fachhochschulstudiengänge verglichen.

Analyse und Vergleich von Praxisanforderungen und Ausbildungsvorgaben

Die in den Ausbildungsverordnungen und Curricula als Lernziele und/oder Kompetenzen formulierten Lernergebnisse (SOLL) sollten mit den in den Fragebögen¹ formulierten Anforderungen (IST) anhand eines dafür geeigneten Referenzrahmens wie dem Nationalen Qualifikationsrahmen (NQR) verglichen werden. Dabei waren u. a. folgende Fragestellungen zu beantworten:

- » Sind die in den Fragebögen formulierten Anforderungen in den jeweiligen Rechtsgrundlagen (Ausbildungsziele und Kompetenzen der Ausbildungsverordnungen) und den vom BMG empfohlenen Curricula abgebildet?
- » Wenn ja, wie hoch ist der Übereinstimmungsgrad der jeweiligen Formulierung(en) in einer Graduierung von null (keine Übereinstimmung) bis zehn (völlige Übereinstimmung)?
- » Auf welcher Stufe des Nationalen Qualifikationsrahmens – anhand der Deskriptorentabelle (vgl. Punkt 2.6.2, Tabelle 2.4) – lässt sich die jeweilige Anforderung im Fragebogen bzw. das jeweilige Lernziel / die jeweilige Kompetenz der Verordnung bzw. des Curriculums einordnen?

Letztlich galt es bei diesem Vergleich einerseits herauszufinden, inwieweit in Ausbildung und Pflegepraxis die Ansprüche, die an die Absolventinnen/Absolventen gestellt werden, kohärent sind. Gleichzeitig sollte untersucht werden, ob die Verortung der derzeitigen GuK-Ausbildungen mit den vereinbarten Bildungsstufen im NQR für den formalen Korridor (vgl. Punkt 2.6.2) in Österreich kompatibel ist.

2.5.2.6 Bewertungsphase

Zur Interpretation und Bewertung der Befragungsergebnisse zu den Lernergebnissen wurden Expertenworkshops durchgeführt. Bei diesen Workshops waren insgesamt 107 Vertreter/innen der Pflege aus Pflegemanagement, Lehre, Wissenschaft und Verwaltung vertreten, die die Ergebnisse der jeweiligen Befragung diskutierten und zusammenfassend anhand des Schulnotensystems von 1 bis 5 (Feigl et al. 2007) pro Item bewerteten.

1

Pflegehilfe, gehobener Dienst für GuK, Spezial- sowie Lehr- und Führungsaufgaben

2.5.2.7 Formulierung und Bewertung der Reformansätze

Die Reformansätze, als bedarfsgerechte und zukunftsfähige Alternative zur derzeitigen Ausbildungslandschaft der GuK-Berufe in Österreich, wurden vom GÖG/ÖBIG-Projektteam erarbeitet und für die geplante Konferenz (26. 9. 2011) mit Vertreterinnen/Vertretern des BMG (Abteilung für Gesundheitsberufe) abgestimmt.

Ziel der Konferenz war es, die Akzeptanz der zur Diskussion gestellten Reformansätze für die Ausbildungen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe primär in der pflegebezogenen Fachwelt d. h. bei Vertreterinnen/Vertretern der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, schwerpunktmäßig aus Pflegepraxis, Lehre, Management und Wissenschaft, in Erfahrung zu bringen. Zur Bewertung der Reformansätze kam das Instrument „Televoting“ zum Einsatz.

2.6 Rahmenkonzepte zum Projektgegenstand

Aufgrund des in vielen Mitgliedstaaten der EU zu verzeichnenden Rückgangs der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter¹ wird die Nachfrage nach hochqualifizierten Arbeitskräften auf über 16 Millionen bis 2020 steigen². Um diesem Bedarf begegnen zu können, müssen in Europa Lücken beim Arbeitskräftemangel geschlossen werden – u. a. durch gut ausgebildete und mobile Berufstätige aus anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union. Dazu müssen Qualifikationen in der gesamten EU schnell, einfach und zuverlässig anerkannt werden können (Pressemitteilung der europäischen Kommission 2011). Die Europäische Kommission schlägt deshalb die Modernisierung der Richtlinie über Berufsqualifikationen vor (Amtsblatt der Europäischen Union 2005). Insbesondere in Bezug auf die Aktualisierung der – vor Jahrzehnten harmonisierten – Mindestausbildungsanforderungen, auch für Krankenschwestern und Krankenpfleger, und die Einführung gemeinsamer Ausbildungsrahmen sowie Ausbildungsprüfungen³.

1

Der Erhebung EUROPOP 2010 von Eurostat zufolge kommt im Jahr 2020 auf drei Erwerbstätige ein Rentner.
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php?title=File:Old_age_dependency_ratio_on_1_January_of_selected_years.PNG&filetimestamp=20110609135954 (Zugriff am 18.11.2012)

2

Skill supply and demand in Europe: medium-term forecast up to 2020 (2010), abrufbar unter:
http://www.cedefop.europa.eu/en/Files/3052_en.pdf (Zugriff am 18.11.2012)

3

Modernisierung der Richtlinie über Berufsqualifikationen erleichtert qualifizierten Berufstätigen die Stellensuche in ganz Europa. Europäische Kommission – Pressemitteilung: http://europa.eu/rapid/press-release_IP-11-1562_de.htm?locale=en (Zugriff am 18.11.2012)

Aus diesem Grund wurden für die Evaluierung zwei Konzepte als Referenz herangezogen, die einerseits für die Pflege, und andererseits für Qualifikationsprozesse bereits einen hohen internationalen Harmonisierungsgrad aufweisen.

2.6.1 Nursing Care Continuum Framework and Competencies

Vor dem Hintergrund des weltweit steigenden Pflegebedarfs sowie der Heterogenität von Berufen im Bereich Pflege wurde vom International Council of Nurses im Jahr 2008 das „ICN Nursing Care Continuum Framework and Competencies“ entwickelt. Das Rahmenmodell des ICN basiert auf einer weltweit durchgeführten Analyse von Berufsgruppen, die im Bereich „Pflege“ Leistungen anbieten, beginnend bei (ungelernten) Unterstützungs-/Hilfskräften bis hin zu „Advanced Nurse Practitioners“ (ANP). Die beschriebenen Berufe umfassen nur jene, die einen Beitrag in Bezug auf Pflege leisten, und werden wie folgt beschrieben (International Council of Nurses 2009; Petek et al. 2011).

Nursing Support Worker sind verschiedene Hilfsdienste für Unterstützungsleistungen, ohne besondere Ausbildung oder Schulung und ohne gesetzlich geregelten Aufgabebereich. Ihre Aufgabe beschränkt sich auf die Unterstützungs- und Assistenzleistungen auf institutioneller sowie Gemeindeebene. Sie arbeiten unter der direkten oder indirekten Aufsicht einer Registered Nurse (RN).

Enrolled, Registered or Licensed Practical Nurse (EN) absolvieren eine Ausbildung und verfügen über einen definierten Aufgabebereich, innerhalb dieser Grenzen sind sie zur Ausübung der Tätigkeiten berechtigt. Sie arbeiten unter der Anleitung und Aufsicht von Registered Nurses.

Registered or Licensed Nurse (RN) sind Angehörige „selbstregulierender“ Gesundheitsberufe, die autonom und mit anderen zusammen arbeiten. Sie haben geregelte Ausbildungsprogramme¹ erfolgreich absolviert und die Berufsberechtigung erworben. Sie erfüllen fortwährend die Standards des Nursing Boards/Council.

Nurse Specialists (NS) verfügen über vertieftes und erweitertes Wissen in einem Fachbereich der Pflege, das über die Grundqualifikation hinausgeht. Sie sind befähigt als Experte/Expertin mit weiterführender Fachkompetenz in einer Sparte der Pflege zu

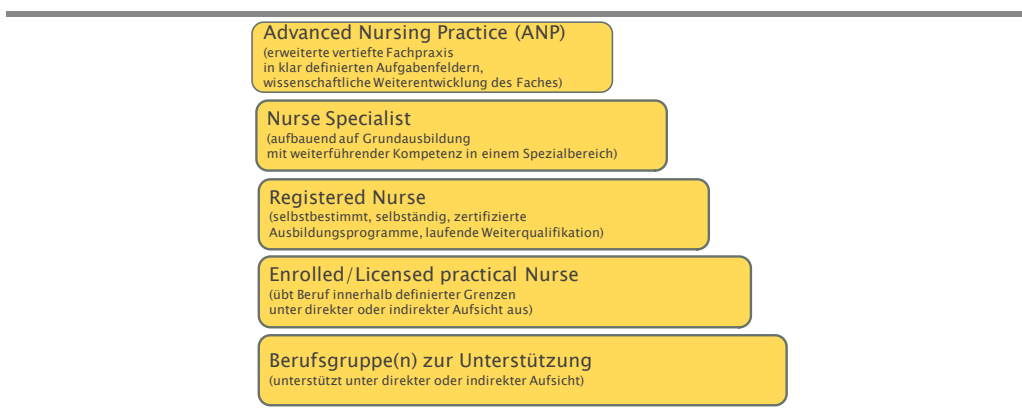
1

Geregelt durch Nursing Boards/Councils, das sind für Pflege zuständige Behörden, Kammern, Räte und Ausschüsse der jeweiligen Länder.

arbeiten. Die Spezialisierungen umfassen in diesem Fall klinische Fächer sowie Aufgaben im Bereich der Qualitätsentwicklung, des Managements, der Lehre oder die Arbeit mit speziellen Zielgruppen (Familien, Gemeinden)¹. Die große Spannweite im möglichen Handlungsfeld von NS ergibt sich aus regionalen Gegebenheiten, die die diesbezüglichen Entwicklungen sehr stark beeinflusst haben und in Summe ein eher heterogenes Bild ergeben.

Advanced Nursing Practice / Advanced Nurse Practitioner (ANP) ist eine RN, die über vertieftes und erweitertes Expertenwissen verfügt, wissenschaftlich qualifiziert ist und eine erweiterte Entscheidungskompetenz in einem klinisch komplexen Praxisfeld besitzt. Sie arbeitet im unmittelbaren Kontakt mit den Zielgruppen der Pflege (u. a. Patientinnen/Patienten, Familien).

Abbildung 2.6:
Grundstruktur der ICN–Pflege–Kompetenzstufen



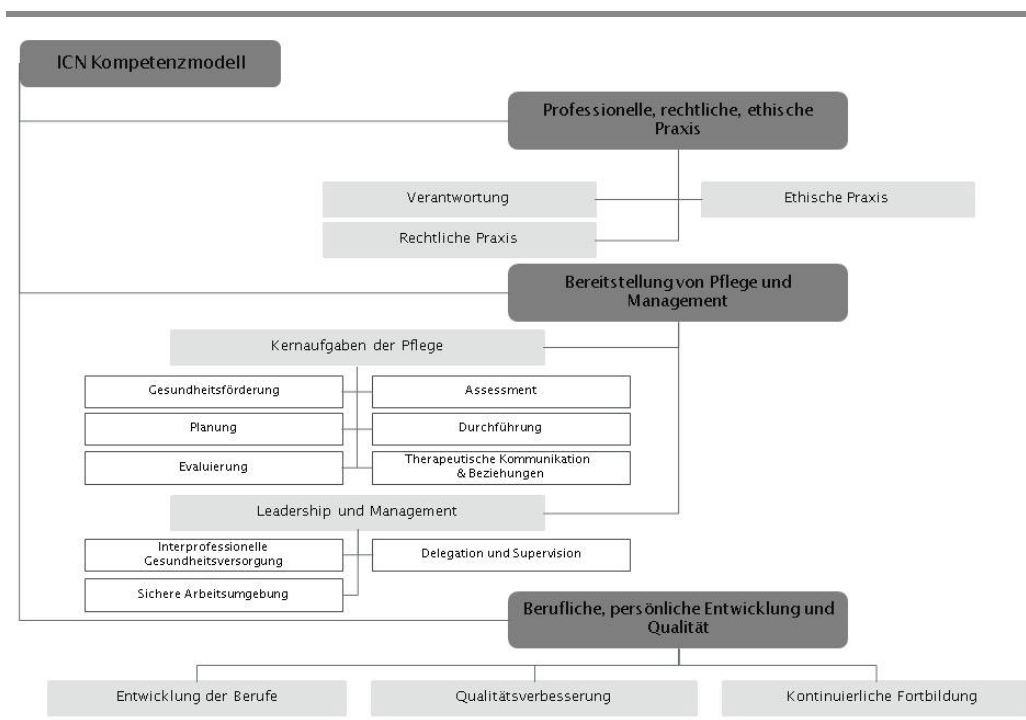
Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Das ICN–Kompetenzmodell (vgl. Abbildung 2.7) beschreibt darüber hinaus drei thematische Säulen professionellen Handelns, mit den jeweils dazugehörigen Aufgabenbereichen, die die Basis pflegerischen Handelns darstellen. Der dazu ausgeführte Text differenziert in den einzelnen Aufgabenbereichen die Kompetenzlevels anhand von Merkmalen, die die jeweilige Stufe kennzeichnen. Die individuelle Kompetenzentwicklung bewegt sich innerhalb und zwischen den Stufen von der „Novizin“ zur „Expertin“ auf Basis der dazu formal existierenden Qualifikationsstufen im Pflegebereich (vgl. Benner 1994).

¹ In den Beschreibungen der Kompetenzen wird auf jene Funktionen der Pflege fokussiert, die patientennahe Leistungen erbringen.

Ausgehend von einem Kompetenzbegriff, der die situative Handlungsfähigkeit einer Person – unter Rückgriff auf Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten – in den Mittelpunkt stellt, sowie der Erkenntnis, dass Erfahrungen – gewonnen durch x-fach in unterschiedlichen Situationen angewandten/erprobten Lösungsstrategien und Handlungsmustern – die Stufe der individuell verfügbaren Kompetenz bestimmen, sollte zukünftig zwischen Qualifikations- und Kompetenzprofil(en) unterschieden werden. Nicht zuletzt auch deshalb, weil Kompetenz im Handlungsfeld formal immer mit Befugnis und Verantwortung, in unterschiedlichem Ausmaß verknüpft, ist (vgl. Rottenhofer/Stewig 2012). Diesem Ansatz folgt auch das ICN-Kompetenzmodell.

Abbildung 2.7:
ICN-Kompetenzmodell, Darstellung



Quelle und Darstellung: ICN 2009

Jede/r Vertreter/in der fünf Stufen verfügt über Kompetenzen in den drei Säulen professionellen Handelns:

- » der professionellen, rechtlichen und ethischen Praxis,
- » der Bereitstellung von Pflege und Management sowie
- » der beruflichen, persönlichen Entwicklung und Qualität.

Die Kompetenzen der unterstützenden Berufsgruppen sind in der Regel sowohl hinsichtlich Qualität als auch Quantität gegenüber den Berufen mit mehr Verantwor-

tung stark eingeschränkt. Dort, wo eine abgestufte Verantwortungsverteilung von der Unterstützungskraft bis zur ANP nötig ist, wird dies deutlich sichtbar gemacht.

2.6.2 Nationaler Qualifikationsrahmen

Der Europäische Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (EQR) basiert auf Empfehlung des EU-Parlaments und des Rates vom 23. April 2008 (Amtsblatt der Europäischen Union 2008) und umfasst das gesamte Bildungs- und Qualifizierungssystem von der allgemeinen über die berufliche Aus- und Weiterbildung bis hin zur hochschulischen Bildung, der nicht formalen und informellen Bildung. Er soll den Prozess lebenslangen Lernens in den drei Korridoren

- » *formales Lernen* (in geregelten Bildungsangeboten mit staatlich anerkannten Bildungsabschlüssen)
- » *non-formales Lernen* (u. a. betriebliche Bildung sowie Fort- und Weiterbildungen, die formal nicht geregelt sind)
- » *informelles*, d. h. durch Lebens- und Berufserfahrung bedingtes Lernen

abbilden sowie transparent, nachvollziehbar und vergleichbar machen. Die acht Referenzstufen des EQR dienen als Referenzrahmen für die Strukturierung und Zuordnung der Ausbildungen und Qualifikationen in den jeweiligen EU-Mitgliedstaaten zu den europäischen Referenzebenen.

Der Nationale Qualifikationsrahmen (NQR) ist ein Übersetzungsinstrument für die verschiedenen Qualifikationssysteme und deren Niveaus für alle Bereiche der Bildung in Österreich. Die Erfassung und Einordnung der Qualifikationen in acht Niveaus erfolgt lernergebnisorientiert. Auch der NQR weist acht Stufen aus, wobei im formalen Korridor die Stufen sechs bis acht den Abschlüssen im Hochschulbereich zugeordnet sind (Bachelor, Master, Doktorat). Die Beziehung zwischen österreichischem Qualifikationssystem und dem Europäischen Qualifikationsrahmen stellt die Koordinierungsstelle für den NQR in Österreich (NKS) als zentrale Verwaltungs-, Koordinations- und Informationsstelle sicher.

Nach dem vom BMUKK und BMWF (2011) gemeinsam erstellten Zuordnungsbericht sollen bis zum Jahr 2013 alle österreichischen Qualifikationen einem Niveau des NQR zugeordnet werden. Dieser EQR-Zuordnungsbericht war als Zwischenbericht gedacht und hatte in erster Linie das Ziel, die Verbindung der Niveaus des österreichischen NQR anhand der vorgegebenen Deskriptoren/Differenzierungskriterien (vgl. Tabelle 2.4) mit jenen des EQR darzustellen (vgl. BMUKK/BMWF 2011).

Tabelle 2.4:

Deskriptoren zur Beschreibung der Niveaus des EQR – Teil 1

	Kenntnisse	Fertigkeiten	Kompetenz
Niveau 1 Zur Erreichung von Niveau 1 erforderliche Lernergebnisse	grundlegendes Allgemeinwissen	grundlegende Fertigkeiten, die zur Ausführung einfacher Aufgaben erforderlich sind	Arbeiten oder Lernen unter direkter Anleitung in einem vorstrukturierten Kontext
Niveau 2 Zur Erreichung von Niveau 2 erforderliche Lernergebnisse	grundlegendes Faktenwissen in einem Arbeits- oder Lernbereich	grundlegende kognitive und praktische Fertigkeiten, die zur Nutzung relevanter Informationen erforderlich sind, um Aufgaben auszuführen und Routineprobleme unter Verwendung einfacher Regeln und Werkzeuge zu lösen	Arbeiten oder Lernen unter Anleitung mit einem gewissen Maß an Selbstständigkeit
Niveau 3 Zur Erreichung von Niveau 3 erforderliche Lernergebnisse	Kenntnisse von Fakten, Grundsätzen, Verfahren und allgemeinen Begriffen in einem Arbeits- oder Lernbereich	eine Reihe kognitiver und praktischer Fertigkeiten zur Erledigung von Aufgaben und zur Lösung von Problemen, wobei grundlegende Methoden, Werkzeuge, Materialien und Informationen ausgewählt und angewandt werden	Verantwortung für die Erledigung von Arbeits- oder Lernaufgaben übernehmen; bei der Lösung von Problemen das eigene Verhalten an die jeweiligen Umstände anpassen
Niveau 4 Zur Erreichung von Niveau 4 erforderliche Lernergebnisse	breites Spektrum an Theorie- und Faktenwissen in einem Arbeits- oder Lernbereich	eine Reihe kognitiver und praktischer Fertigkeiten, die erforderlich sind, um Lösungen für spezielle Probleme in einem Arbeits- oder Lernbereich zu finden	selbstständiges Tätigwerden innerhalb der Handlungsparameter von Arbeits- oder Lernkontexten, die in der Regel bekannt sind, sich jedoch ändern können; Beaufsichtigung der Routinearbeit anderer Personen, wobei eine gewisse Verantwortung für die Bewertung und Verbesserung der Arbeits- oder Lernaktivitäten übernommen wird
Niveau 5 (*) Zur Erreichung von Niveau 5 erforderliche Lernergebnisse	umfassendes, spezialisiertes Theorie- und Faktenwissen in einem Arbeits- oder Lernbereich sowie Bewusstsein für die Grenzen dieser Kenntnisse	umfassende kognitive und praktische Fertigkeiten, die erforderlich sind, um kreative Lösungen für abstrakte Probleme zu erarbeiten	Leiten und Beaufsichtigen in Arbeits- oder Lernkontexten, in denen nicht vorhersehbare Änderungen auftreten Überprüfung und Entwicklung der eigenen Leistung und der Leistung anderer Personen

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 2.4 – Seite 2 von 2

	Kenntnisse	Fertigkeiten	Kompetenz
Niveau 6 (**) Zur Erreichung von Niveau 6 erforderliche Lernergebnisse	fortgeschrittene Kenntnisse in einem Arbeits- oder Lernbereich unter Einsatz eines kritischen Verständnisses von Theorien und Grundsätzen	fortgeschrittene Fertigkeiten, die die Beherrschung des Faches sowie Innovationsfähigkeit erkennen lassen, und zur Lösung komplexer und nicht vorhersehbarer Probleme in einem spezialisierten Arbeits- oder Lernbereich nötig sind	Leitung komplexer fachlicher oder beruflicher Tätigkeiten oder Projekte und Übernahme von Entscheidungsverantwortung in nicht vorhersehbaren Arbeits- oder Lernkontexten Übernahme der Verantwortung für die berufliche Entwicklung von Einzelpersonen und Gruppen
Niveau 7 (***) Zur Erreichung von Niveau 7 erforderliche Lernergebnisse	hoch spezialisiertes Wissen, das zum Teil an neueste Erkenntnisse in einem Arbeits- oder Lernbereich anknüpft, als Grundlage für innovative Denkansätze und/oder Forschung kritisches Bewusstsein für Wissensfragen in einem Bereich und an der Schnittstelle zwischen verschiedenen Bereichen	spezialisierte Problemlösungsfertigkeiten im Bereich Forschung und/oder Innovation, um neue Kenntnisse zu gewinnen und neue Verfahren zu entwickeln sowie um Wissen aus verschiedenen Bereichen zu integrieren	Leitung und Gestaltung komplexer, unvorhersehbarer Arbeits- oder Lernkontexte, die neue strategische Ansätze erfordern Übernahme von Verantwortung für Beiträge zum Fachwissen und zur Berufspraxis und/oder für die Überprüfung der strategischen Leistung von Teams
Niveau 8 (****) Zur Erreichung von Niveau 8 erforderliche Lernergebnisse	Spitzenkenntnisse in einem Arbeits- oder Lernbereich und an der Schnittstelle zwischen verschiedenen Bereichen	weitest fortgeschrittene und spezialisierte Fertigkeiten und Methoden, einschließlich Synthese und Evaluierung, zur Lösung zentraler Fragestellungen in den Bereichen Forschung und/oder Innovation und zur Erweiterung oder Neudefinition vorhandener Kenntnisse oder beruflicher Praxis	fachliche Autorität, Innovationsfähigkeit, Selbstständigkeit, wissenschaftliche und berufliche Integrität und nachhaltiges Engagement bei der Entwicklung neuer Ideen oder Verfahren in führenden Arbeits- oder Lernkontexten, einschließlich der Forschung

Kompatibilität mit dem Qualifikationsrahmen für den europäischen Hochschulraum / Der Qualifikationsrahmen für den Europäischen Hochschulraum bietet Deskriptoren für Studienzyklen. / Jeder Deskriptor für einen Studienzyklus formuliert eine allgemeine Aussage über gängige Erwartungen betreffend Leistungen und Fähigkeiten, die mit Qualifikationen am Ende eines Studienzyklus verbunden sind.

(*) Der Deskriptor für den Kurzstudiengang (innerhalb des ersten Studienzyklus oder in Verbindung damit), der von der Joint Quality Initiative als Teil des Bologna-Prozesses entwickelt wurde, entspricht den zur Erreichung von EQR-Niveau 5 erforderlichen Lernergebnissen.

(**) Der Deskriptor für den ersten Studienzyklus des Qualifikationsrahmens für den Europäischen Hochschulraum, der von den für die Hochschulbildung zuständigen Ministern auf ihrer Tagung im Mai 2005 in Bergen im Rahmen des Bologna-Prozesses beschlossen wurde, entspricht den zur Erreichung von EQR-Niveau 6 erforderlichen Lernergebnissen.

(***) Der Deskriptor für den zweiten Studienzyklus des Qualifikationsrahmens für den Europäischen Hochschulraum, der von den für die Hochschulbildung zuständigen Ministern auf ihrer Tagung im Mai 2005 in Bergen im Rahmen des Bologna-Prozesses beschlossen wurde, entspricht den zur Erreichung von EQR-Niveau 7 erforderlichen Lernergebnissen.

(****) Der Deskriptor für den dritten Studienzyklus des Qualifikationsrahmens für den Europäischen Hochschulraum, der von den für die Hochschulbildung zuständigen Ministern auf ihrer Tagung im Mai 2005 in Bergen im Rahmen des Bologna-Prozesses beschlossen wurde, entspricht den zur Erreichung von EQR-Niveau 8 erforderlichen Lernergebnissen.

Quelle und Darstellung: Amtsblatt der Europäischen Union 6.5.2008, Anhang II

Auf welcher Stufe lassen sich die aus der Praxis an die Absolventinnen/Absolventen gestellten Anforderungen (Fragebogenerhebung) im NQR verorten? Zudem sollte anhand der Deskriptoren (vgl. Nationale Koordinierungsstelle für den NQR in Österreich (NKS) et al. 2011) herausgefunden werden, in welcher Weise die derzeitige Ansiedlung der Grundausbildungen der internationalen Bildungslogik im formalen Korridor entspricht. Derzeit ist der gehobene Dienst für GuK sowohl der Stufe 5 (Sekundarstufe II analog einer BHS) als auch der Stufe 6 (Bachelorabschluss) zugeordnet (vgl. Schlögl 2009).

3 Ergebnisse/Kennzahlen

3.1 Analyse der rechtlichen Ausgangslage

Mit Inkrafttreten des GuKG im Jahr 1997 wurden die Kompetenzen (im Sinne von Befugnissen und Verantwortung) für den gehobenen Dienst für GuK und die Pflegehilfe neu formuliert und gegenüber den Kompetenzen gemäß Krankenpflegegesetz 1961 insbesondere für den gehobenen Dienst für GuK erweitert. Im Gegensatz zu diesem Kompetenzzuwachs blieben sowohl Bildungsniveau als auch Ausbildungsumfang gleich. Mit dem GuKG und der GuK-AV gab es für die Ausbildung lediglich curriculare Anpassungen. Erst seit dem Jahr 2008 wird dem Kompetenzzuwachs aufgrund der Möglichkeit, die Ausbildung in der allgemeinen GuK im Rahmen von Fachhochschul-Bachelorstudiengängen zu absolvieren, mit einer Anhebung des Bildungsniveaus Rechnung getragen. Anhand der Analyse der Kompetenzen gemäß GuKG sollte insbesondere im Vergleich zu anderen Gesundheitsberufen untersucht und dargelegt werden, welches Bildungsniveau zur Erlangung der gesetzlich normierten Kompetenzen des gehobenen Dienstes für GuK am besten geeignet ist.

Mit der Erwähnung und damit Anerkennung der Pflegewissenschaft als originäre Bezugswissenschaft im GuKG, die sich im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich des gehobenen Dienstes für GuK niederschlägt, trug der Gesetzgeber 1997 der gestiegenen Bedeutung von Pflege und Betreuung im Gesundheitswesen Rechnung (siehe dazu u. a. den geplanten Ausbau von Hauskrankenpflege und sozialen Diensten gemäß § 2 Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Errichtung des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, BGBl 1991/700, sowie die Bestimmungen über die medizinische Hauskrankenpflege gemäß § 151 ASVG).

Gleichzeitig nahm der Gesetzgeber über Anordnungs- und Aufsichtsbefugnisse für den gehobenen Dienstes für GuK gegenüber der Pflegehilfe eine Hierarchisierung der beiden Berufe vor. Der Bezug zu einer berufsspezifischen Wissenschaft in Verbindung mit Anordnungs- und Aufsichtsbefugnissen war vor Inkrafttreten des GuKG nur beim ärztlichen Beruf und damit einem universitär ausgebildeten Beruf gegeben. Der gemäß § 14 GuKG bestehende Anspruch, pflegewissenschaftliche Erkenntnisse im Rahmen eines prozesshaften Vorgehens anwenden sowie an der Forschung mitwirken zu können, setzt gemäß den heute bestehenden Referenzrahmen wie Nationaler Qualifikationsrahmen, Studiengangprofile gemäß Akkreditierungsrichtlinien des Fachhochschulrates (Fachhochschulrat 2010) und Dublin Deskriptoren (Karl-Franzen-Universität) eine Mindestqualifikation auf Bachelorebene voraus. Aufgrund der Anwendbarkeit des § 14 GuKG auf alle Bereiche der GuK, sind davon alle Zweige der GuK und alle auf Grundausbildungen aufbauenden Sonderausbildungen berührt.

Die hier angeführten und mit dem GuKG im Jahr 1997 für die GuK erstmals formulierten Kompetenzen wurden in der Folge durch zahlreiche gesetzliche Änderungen erweitert. Bereits 1998 entfiel für den gehobenen Dienst für GuK das Erfordernis, den eigenen Beruf unter ärztlicher Aufsicht auszuüben, wie dies für alle eigenverantwortlich tätigen Gesundheitsberufe typisch ist (siehe dazu u. a. § 49 Abs. 3 ÄrzteG 1998). Ebenfalls 1998 wurde das Aufsichtsrecht über Angehörige der Pflegehilfe über den eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich hinaus auch auf Tätigkeiten des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches und damit auf ärztlich angeordnete Tätigkeiten erweitert (§ 84 Abs. 4 GuKG i. d. F. BGBl I 1998/95). Gleichzeitig übertrug der Gesetzgeber mit der Regelung, dass die Aufsicht in einzelnen Ausnahmefällen auch entfallen kann, Angehörigen des gehobenen Dienstes für GuK die Verantwortung zur Überprüfung, ob ein Ausnahmefall vorliegt (§ 84 Abs. 5 GuKG i. d. F. BGBl I 1998/95). Mit der Novelle zum GuKG im Jahr 2004 wurde mit dem Recht zur Weiterdelegation einer ärztlich angeordneten Maßnahme für den gehobenen Dienst für GuK eine bis dahin noch für keinen anderen Gesundheitsberuf erweiterte Kompetenz normiert (§ 15 Abs. 6 GuKG i. d. F. BGBl I 2004/6). Der Adressatenkreis der Weiterdelegation wurde im Gegensatz zum bestehenden Anordnungs- und Aufsichtsrecht auf Angehörige der Pflegehilfe sowie Teilnehmerinnen und Teilnehmer von Pflegehilflehrgängen, Auszubildende im gehobenen Dienst für GuK sowie Rettungs- und Notfallsanitäterinnen und -sanitäter erweitert. Die zentrale Rolle des gehobenen Dienstes für GuK in der Pflege und Betreuung wurde im Jahr 2008 sowohl im eigen- als auch im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich mit Anordnungs- und Aufsichtsrechten auf die Sozialbetreuungsberufe (zu den Sozialbetreuungsberufen siehe die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe, BGBl I 2005/69) sowie die persönliche Assistenz und die Personenbetreuung nochmals erweitert (§§ 3a bis 3c sowie § 14 Abs. 2 Z 10 und § 15 Abs. 7 GuKG i. d. F. BGBl I 2008/57). Zusätzlich wurden die Kompetenzen des gehobenen Dienstes für GuK in Bezug auf die Personenbetreuung um den neuen Aspekt der Qualitätssicherung ergänzt. Im Jahr 2009 wurde das Aufsichtserfordernis um eine begleitende Kontrolle unter bestimmten, von Angehörigen des gehobenen Dienstes für GuK einzuschätzenden Voraussetzungen, ergänzt (§ 84 Abs. 5 GuKG i. d. F. BGBl I 2009/130).

Die dynamische Entwicklung von Kompetenzen des gehobenen Dienstes für GuK zeigt sich aber nicht nur an der zentralen Funktion des Berufes innerhalb der Pflege- und Betreuungsberufe, sondern unter anderem auch anhand der Verantwortung für die eigene Dokumentation und der Berücksichtigung in der Nahtstelle zwischen Krankenanstalt und weiterbetreuender Einrichtung bzw. Person (§ 24 Abs. 2 Z 3 KAG i. d. F. BGBl I 1998/95, § 24 Abs. 2 KAKuG i. d. F. BGBl I 2011/69). Der Kompetenzzuwachs wird weiters sichtbar an den Berufspflichten wie der Anzeige- und Meldepflicht als Ausnahme von der Verschwiegenheitspflicht mit der Notwendigkeit einer komplexen Interessenabwägung (§ 7 GuKG i. d. F. BGBl I 1999/116). Zusätzlich wurde Angehörigen des gehobenen Dienstes für GuK im Zuge einer Novelle des Heimaufenthaltsgesetzes im Jahr 2010 nicht nur die Vornahme ärztlich angeordneter freiheitsbeschrän-

der Maßnahmen (siehe dazu § 5 Abs. 1 Z 2 und 3 HeimAufG BGBl I 2004/11 i. d. F. BGBl I 2006/24) überantwortet, sondern auch eine Anordnungsbefugnis für freiheitsbeschränkende Maßnahmen im Rahmen der Pflege (§ 5 Abs. 1 Z 2 HeimAufG BGBl I 2004/11 i. d. F. BGBl I 2010/18). In Pflegeeinrichtungen obliegt es daher mangels unmittelbarer ärztlicher Anwesenheit regelmäßig Angehörigen des gehobenen Dienstes für GuK zu entscheiden, ob eine freiheitsbeschränkende Maßnahme von diesem Anordnungsrecht umfasst ist oder eine den Ärztinnen und Ärzten vorbehaltene Maßnahme erfordert (zur Abgrenzung siehe RV 601 BlgNR 24. GP EB 20). Zu guter Letzt wurde die Kompetenz des gehobenen Dienstes für GuK auch im Rahmen des Verfahrens auf Zuerkennung von Pflegegeld (Pflegegeldeinstufung) berücksichtigt.

Im Jahr 2008 trug der Bund den gestiegenen Anforderungen mit einer Änderung der Ausbildung Rechnung und ermöglicht seither neben der Ausbildung auf Sekundarstufe II auch den Abschluss eines Fachhochschul-Bachelorstudienganges als bildungsmäßige Voraussetzung für die Berufsberechtigung (§ 28 GuKG i. d. F. BGBl I 2008/57). Die darauf beruhende Fachhochschul-Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung (FH-GuK-AV, BGBl II 2008/200) garantiert erstmals eine wissenschaftsbasierte Ausbildung, wie sie seit der im Jahr 1997 normierten Kompetenzen erforderlich wäre. Damit wird erstmals den im Berufsbild formulierten Anforderungen entsprochen. Die gesetzlich formulierten Aufgaben des gehobenen Dienstes für GuK setzen Kenntnisse der wissenschaftlichen Bezugsdisziplinen und methodisch-analytische Kenntnisse voraus, durch welche die Fähigkeit zur selbständigen Bewertung und Argumentation von fachlichen und fachübergreifenden Zusammenhängen erreicht werden sollen. Dies entspricht der Anforderung an Absolventinnen/Absolventen von Fachhochschul-Bachelorstudiengängen (Anlage 1 Studiengangprofil Bachelorstudiengang der Anerkennungsrichtlinien 2010 des Fachhochschulrates, Version 1.1, 18. 3. 2011). Wissenschaftsbasierung und Forschungsorientierung werden zudem ergänzt durch die Berücksichtigung von Forschungsvorhaben im Bereich der Pflege als Aufgabe der Ethikkommissionen (§ 8c Abs. 4a KAKuG i. d. F. BGBl I 2009/124). Die Notwendigkeit der Ausbildung auf tertiärer Ebene wird unterstrichen durch die vorgenannten Ergebnisse eines Vergleichs der Anforderungen an den gehobenen Dienst für GuK mit den erreichbaren Qualifikationen gemäß NQR und der FH-GuK-AV.

Wie eingangs erwähnt gelten die Ausführungen auch für Spezialbereiche, Lehr- und Führungsaufgaben.

3.2 Lernergebnisse und Anforderungen im Vergleich

Ein zentrales Erkenntnisinteresse im Rahmen der Evaluation war, inwieweit die für die Ausbildungen relevanten Rechtsgrundlagen und Empfehlungen (Ausbildungsverordnungen und Curricula) erstens das zu erreichende Lernergebnis ausweisen und zwei-

tens, inwieweit das zu erreichende Lernergebnis mit den Anforderungen übereinstimmt, die von Vertreterinnen/Vertretern der Praxis an Absolventinnen/Absolventen gestellt werden.

3.2.1 Lernergebnisorientierung in Rechtsgrundlagen und Curricula

Durch die Implementierung des NQR ist die österreichische Bildungslandschaft aufgefordert, ihre Aus- und Weiterbildungen von Inputorientierung auf Lernergebnisorientierung (Output und Outcome) umzustellen (vgl. Punkt 2.6.2). Leistungsvergleiche zeigen u. a., dass traditionelle Qualitätssicherungsmaßnahmen mit hohen Investitionen in die Input-Faktoren (z. B. Unterrichtsdauer, Inhalte, Ausstattung, Qualifikation des Lehrpersonals) keineswegs zwangsläufig gute Ergebnisse (Output) garantieren (vgl. Sauter 2001). Neben der Strukturqualität gewinnen Prozess- und insbesondere Ergebnisqualität auch im Bildungsbereich zunehmend an Bedeutung. Beweis dafür ist die durch den NQR geforderte Beschreibung von Lernergebnissen in Form von Kenntnissen, Fertigkeiten und Kompetenzen, anhand derer die Zuordnung der einzelnen Bildungsangebote zu den Stufen des NQR stattfinden wird. Darüber hinaus ist geplant, in Zeugnissen neben u. a. dem Beurteilungsergebnis auch die NQR-Stufe auszuweisen. Aus diesem Grund sollte im Rahmen der Evaluierung auch Augenmerk darauf gelegt werden, inwieweit die Ausbildungsvorgaben den Erfordernissen des NQR Rechnung tragen.

Als Ergebnis kann festgehalten werden, dass die Ausbildungsverordnungen für die Grundausbildung im gehobenen Dienst für GuK (GuK-AV), für die Pflegehilfe (Pflh-AV) und für die Sonderausbildungen in den Spezialaufgaben (GuK-SV) sowie für die Weiterbildungen (GuK-WV) noch inputorientiert formuliert sind und daher kein Lernergebnis ausweisen. Für die Grundausbildungen in den drei Zweigen der Pflege und der Pflegehilfe sind in der Pflh-AV und GuK-AV zwar sieben Ausbildungsziele als globale Richtziele auf der Metaebene vorangestellt, diese eignen sich jedoch nicht für den Vergleich auf Lernergebnisebene. Für die Sonderausbildungen in Lehr- und Führungsaufgaben (GuK-LFV) und die GuK-Ausbildung an der Fachhochschule (FH-GuK-AV) hingegen sind bereits Lernergebnisse in den jeweiligen Qualifikationsprofilen ausgewiesen (Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen).

Tabelle 3.1:

Lernergebnisorientierung in Ausbildungsvorgaben auf Bundesebene

	Lernergebnisse
Pflegehilfe (Pflh-AV)	Nein
Gehobener Dienst für GuK (GuK-AV)	Nein
GuK-Ausbildung an der Fachhochschule (FH-GuK-AV)	Ja - im Qualifikationsprofil (QP)
Spezialaufgaben (GuK-SV)	Nein
Lehr- und Führungsaufgaben (GuK-LFV)	Ja - im Kompetenzprofil (KP)
Weiterbildungen (GuK-WV)	Nein
Curriculum Pflegehilfe	Ja - in den Unterrichtsfächern (UF)
Offenes Curriculum Allgemeine GuK	Ja - in den UF und im Praxiskatalog
Curricula Kinder- und Jugendlichenpflege	Ja - in KP, Lernfeldern und Praxishandbuch
Curricula für die psychiatrische GuK	Ja - in den Themenbereichen

Pflh-AV = Pflegehilfe-Ausbildungsverordnung

GuK-AV = Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung

FH-GuK-AV = FH-Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung

GuK-SV = Gesundheits- und Krankenpflege-Spezialaufgaben-Verordnung

GuK-LFV = Gesundheits- und Krankenpflege-Lehr- und Führungsaufgaben-Verordnung

GuK-WV = Gesundheits- und Krankenpflege-Weiterbildungsverordnung

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Die auf Bundesebene für die Ausbildungen und Sonderausbildungen in den drei Zweigen des gehobenen Dienstes für GuK¹ und die Pflegehilfe vorliegenden Curricula sind seit vielen Jahren ergebnisorientiert ausgestaltet. Sie weisen entweder Lernziele für die theoretische Ausbildung und/oder Kompetenz- bzw. Qualifikationsprofile (Kenntnisse, Fähigkeiten/Fertigkeiten und Kompetenzen) für die gesamte Ausbildung als Lernergebnis aus (vgl. Tabelle 3.1).

3.2.2 Übereinstimmung der Praxis-Anforderungen mit den zu erreichenden Lernergebnissen

Um die Anforderungen, formuliert in den Fragebögen an Absolventinnen/Absolventen und Ausbildungsverantwortliche (Praxisanleiter/innen), mit den Lernergebnissen in den Ausbildungsvorgaben vergleichen zu können, war es erstens notwendig, den sprachlichen Übereinstimmungsgrad zwischen Anforderung und vorgegebenem Lernergebnis auf einer Skala von null bis zehn zu beurteilen. Zweitens wurde danach beides einer Stufe des NQR-Stufe zugewiesen (anhand der Deskriptoren inkl. deren Erläuterungen – vgl. Punkt 2.6.2). Lag der sprachliche Übereinstimmungsgrad der Formulierungen

¹

Allgemeine und Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege sowie Kinder- und Jugendlichenpflege

unter fünf, wurde dies als „keine Übereinstimmung“ qualifiziert und auch nicht für die Zuordnung zu den NQR-Stufen herangezogen. Nur bei einem Übereinstimmungsgrad von fünf bis zehn wurden die geforderten Lernergebnisse den Stufen zugeordnet. Bei der Zuordnung der Anforderungen und Lernergebnisse zu den NQR-Stufen wurden nicht nur die Deskriptoren und deren Erläuterungen, sondern auch Lernzieltaxonomien (u. a. nach Bloom) zur Bewertung und Interpretation des Textes herangezogen.

Gehobener Dienst für GuK

Zu dem in Tabelle 3.2 dargestellten Vergleich wurden für die Grundausbildung die Lernziele und der Praxiskatalog des Offenen Curriculums für die **Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege** (vgl. Rottenhofer et al. 2003) und das Qualifikationsprofil der Gesundheits- und Krankenpflege-Fachhochschul-Ausbildungsverordnung (FH-GuK-AV) verwendet. Insgesamt wurden 94 Anforderungen (Items) verglichen, wobei 20 bis 40 Items den Ausbildungsvorgaben aufgrund fehlender Übereinstimmung der Formulierungen nicht zugeordnet werden konnten. Das heißt, dass die Anforderungen der Praxis zu rund 57 Prozent (FH-GuK-AV) bis 79 Prozent (theoretische Ausbildung) in den SOLL-Ausbildungsvorgaben der Grundausbildungen abgebildet sind.

Tabelle 3.2:
Vergleich Anforderungen gehobener Dienst mit Ausbildungsvorgaben

NQR	Fragebogen (Anforderung lt. Praxis)		Curriculum Allgemeine GuK Theoret. Ausbildung		Curriculum Allgemeine GuK Praxiskatalog		FH-GuK-AV	
	Anzahl Items	Prozent	Anzahl Items	Prozent	Anzahl Items	Prozent	Anzahl Items	Prozent
3	1	1,06	-	-	-	-	-	-
4	8	8,51	12	12,77	6	6,38	-	-
5	40	42,55	50	53,19	36	38,30	29	30,85
6	33	35,11	11	11,70	13	13,83	23	24,47
7	12	12,77	1	1,06	-	-	2	2,13
Σ	94	100	74	78,72	55	58,51	54	57,45
keine ÜE	0	0	20	21,28	39	41,49	40	42,55

NQR = Nationaler Qualifikationsrahmen
 GuK = Gesundheits- und Krankenpflege
 FH-GuK-AV = Fachhochschul-Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung
 keine ÜE = keine Übereinstimmung

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Es sollte auch beantwortet werden, auf welcher Stufe die Anforderungen und Lernergebnisse gemäß NQR formuliert sind und inwieweit die Verortung der österreichischen Grundausbildungen mit den Stufen des NQR im formalen Korridor¹ übereinstimmt.

Bei der Zuordnung der Items der AGuK zu den NQR-Stufen wird sichtbar, dass die Anforderungen der Praxis von Stufe 3 bis 7 mit Schwerpunkt auf 5 (43 %) und 6 reichen (35 %). Im Curriculum ist der Ausbildungsschwerpunkt zwar auf Stufe 5 (53 % bzw. 38 %) angesiedelt, aber auch rd. 12 Prozent auf Stufe 6. Das Qualifikationsprofil der FH-GuK-AV trifft den intendierten Schwerpunkt (Stufe 6) anhand der ausgewählten Items (24 %) nicht ganz. Es ist auch hier der Schwerpunkt der Lernergebnisse auf Stufe 5 formuliert (31 %), wobei sich eine höhere Anzahl der Items (als im Vergleichscurriculum) auf dem Anforderungsniveau der Stufe 6 befindet (vgl. Tabelle 3.2).

Im Vergleich zur allgemeinen GuK sind die Anteilswerte der Items ohne Entsprechung/Übereinstimmung bei der SAB für die **psychiatrische GuK** (78 %), **Kinder- und Jugendlichenpflege** im Praxishandbuch (86 %) und SAB für Kinder- und Jugendlichenpflege (78 %) auffallend hoch. Aufgrund dieses hohen Anteils fehlender Übereinstimmungen sind weitere Aussagen zu den NQR-Stufen nur sehr eingeschränkt möglich. Überblicksartig könnte man dennoch sagen, dass die Verteilung der NQR-Stufen insofern stimmig ist, als bei der psychiatrischen GuK sowie der Kinder- und Jugendlichenpflege das Hauptgewicht tendenziell ebenfalls auf den Stufen 5 und 6 liegt.

Pflegehilfe

Die sprachliche Übereinstimmung der Formulierung von Ausbildungsvorgaben für die Pflegehilfe mit den Anforderungen der Pflegepraxis bewegt sich bei insgesamt 75 Items (100 %) zwischen 72 Prozent beim Curriculum und nur 19 Prozent bei der Pflh-AV (aufgrund der Inputorientierung und den nur global formulierten Ausbildungszielen). Das Anforderungsniveau an die Absolventinnen/Absolventen aus der Praxis heraus (FB) und die im Curriculum ausgewiesenen Lernergebnisse sind schwerpunktmäßig auf Stufe 4 angesiedelt, was der gegenwärtigen Verortung der Ausbildung entspricht. Allerdings ist auch bei der PH eine Streuung zwischen Stufe drei und sechs gegeben (vgl. Tabelle 3.3).

¹

Für Österreich wurde im Rahmen des NQR-Implementierungsprozesses für den formalen Korridor vereinbart, dass die Stufen 6 bis 8 den Abschlüssen im Hochschulbereich vorbehalten sind (Stufe 6: Bachelor, Stufe 7: Master und Stufe 8: Doktorat).

Tabelle 3.3:

Vergleich Anforderungen Pflegehilfe (laut Erhebung) mit Ausbildungsvorgaben

NQR Stufe	Fragebogen (Anforderung lt. Praxis)		Curriculum		Pflh-AV	
	Anzahl Items	Prozent	Anzahl Items	Prozent	Anzahl Items	Prozent
3	19	25,34	12	16	9	12
4	43	57,33	33	44	5	6,67
5	12	16	9	12	--	--
6	1	1,33	-	-	-	-
Σ	75	100	54	72	14	18,67
Keine ÜE	0	0	21	28	61	81,33

NQR = Nationaler Qualifikationsrahmen
Pflh-AV= Pflegehilfe-Ausbildungsverordnung
keine ÜE = keine Übereinstimmung

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Lehr- und Führungsaufgaben

Auch bei der SAB für **Führungsaufgaben** sind im Vergleich zur AGuK die Anteilswerte der Items ohne Übereinstimmung auffallend hoch (73 %), weshalb weitere Aussagen zu den NQR-Stufen nur sehr eingeschränkt möglich sind.

Tabelle 3.4:

Vergleich Anforderungen Führungsaufgaben (laut Erhebung) mit Ausbildungsvorgaben (PDL)

NQR Stufe	Fragebogen		GuK-LFV	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
5	1	1,92	-	-
6	31	59,62	9	17,31
7	20	38,46	5	9,62
Σ	52	100,00	14	26,93
Keine Übereinstimmung	-	-	38	73,08

NQR = Nationaler Qualifikationsrahmen
GuK-LFV = Gesundheits- und Krankenpflege-Lehr- und Führungsaufgaben-Verordnung

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Was aber dennoch sichtbar wird ist, dass die Anforderungen für Lehr- und Führungsaufgaben, sowohl aus der Sicht der Praxis als auch in der GuK-LFV formuliert, tendenziell eine Stufe höher angesetzt werden als es bei der Grundausbildung der Fall ist.

Tabelle 3.5:
Vergleich Anforderungen Lehraufgaben (lt. Erhebung) und Ausbildungsvorgaben
(Lehre)

NQR Stufe	Fragebogen		GuK-LFV	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
4	3	6,52		
5	10	21,74	3	6,52
6	22	47,83	12	26,09
7	11	23,91	9	19,57
Σ	46	100,00	24	52,18
Keine Übereinstimmung			22	47,83

NQR = Nationaler Qualifikationsrahmen

GuK-LFV = Gesundheits- und Krankenpflege-Lehr- und Führungsaufgaben-Verordnung

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Der Anteil der Items mit Übereinstimmung liegt bei den **Lehraufgaben** mit 52 Prozent deutlich höher als bei den Führungsaufgaben. Die Verteilung der Items auf die NQR-Stufen verhält sich allerdings analog zu den Führungsaufgaben schwerpunktmäßig auf Stufe 6 und 7.

Der Übereinstimmungsgrad zwischen den Anforderungen (Items) für **Schuldirektorinnen/-direktoren** sowie **Lehrgangseleitungen** und der GuK-LFV beträgt 62 Prozent, wobei der Schwerpunkt der zugeordneten Items mit 25 Prozent deutlicher als bei Lehre und PDL auf NQR-Stufe 7 liegt.

Conclusio

In Summe ist eine relativ breite Streuung der Anforderungen (Praxis und vorgegebene Lernergebnisse) zu beobachten. Die Praxis zeigt die Tendenz von einer Qualifikationsstufe wesentlich mehr zu erwarten, als für die jeweilige Ausbildung vorgesehen bzw. intendiert ist. Auffallend beim gehobenen Dienst ist einerseits, dass es offensichtlich nicht gelungen ist, die Lernergebnisse in den Vorgaben halbwegs treffsicher zwischen Stufe 5 (Sekundarstufe II) und 6 (FH und Bachelor) oder 6 (Bachelorniveau) und 7 (Masterniveau) bei Lehr- und Führungsaufgaben zu differenzieren. Andererseits zeigt sich, dass vor allem aus der klinischen Praxis heraus für die GAB sogar Anforderungen auf Stufe 7 (Masterniveau) formuliert werden. Dies ist als weiteres Indiz für den höheren Bildungsbedarf im gehobenen Dienst zu werten, denn auch diese Analyse bestätigt, dass die fachlichen Anforderungen im Handlungsfeld Pflege in den Jahren offensichtlich gestiegen sind.

Für die Zukunft ist bei der Formulierung von Lernergebnissen (Output/Outcome) mehr zwischen den einzelnen Stufen (NQR und Bologna) zu differenzieren und die Stufen 4 bis 7 sind im Sinne der vertikalen Durchlässigkeit additiv und voneinander abgegrenzt zu definieren. Damit diese Arbeit geleistet werden kann, ist für den gehobenen Dienst die Verortung (Sekundarstufe II / Stufe 5 oder Bachelorniveau / Stufe 6), für die Pflegehilfe die Professionalisierung zur Pflegeassistenz und damit die Anhebung des Ausbildungsschwerpunktes auf Stufe 5 sowie für Lehr- und Führungsaufgaben Master-niveau (Stufe 7) zu entscheiden.

3.3 Kernkonzepte, Rollen und Berufsbilder von Pflege

Im Rahmen einer internationalen Literaturrecherche sollte ein Überblick über die derzeit in der gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Literatur diskutierten Themen im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege geschaffen werden. Ziel ist es, die im Ausland beschriebenen Versorgungsleistungen, Funktionen, Aufgaben, Rollen, Konzepte bzw. Berufsbilder von Pflege als Kontext für die Entwicklung eines zukunftsfähigen und bedarfsorientierten Bildungskonzept für Pflege zu nutzen. Im Zuge der Recherche wurde deutlich, dass in der Literatur Begriffe wie Konzepte, Rollen oder Berufsbilder sehr heterogen verwendet werden und keine einheitliche Definition zugrunde liegt.

Die Literaturrecherche wurde auf Basis des Modells „populationsbezogener Erbringung von Versorgungsleistungen“ (Hirschfeld 2000; Schaeffer/Ewers 2001) durchgeführt und strukturiert. Die umfassenden Ergebnisse der Literaturrecherche können in der Kontext- und Bedarfsanalyse (Rottenhofer et al. 2012a) nachgelesen werden.

Die nationalen Bedarfslagen (vgl. Abschnitt 3.5) werden in der europäischen Literatur ebenfalls beschreiben. Sie resultieren aus Behinderungen, Verletzungen und Unfällen sowie vor allem aus Krankheiten, wie sie auch als Ergebnis der Sekundäranalyse für Österreich transparent gemacht werden konnten. Von den krankheitsspezifischen Bedarfslagen gibt es bis auf wenige Ausnahmen Übereinstimmung mit der Situation in Österreich. HIV und AIDS sind z. B. Erkrankungen, welche in einigen Ländern stärker ins Gewicht fallen als dies in Österreich der Fall ist. Darüber hinaus nehmen Gesundheitsförderung und Prävention einen wichtigen Platz in der Entwicklung der Pflegeberufe ein. Hinzu kommen Spezialformen pflegerischer Versorgungsleistungen wie ein eigenständiges Dienstleistungsangebot der Pflege mit Spezialisierung, z. B. Leitung von Spezialkliniken v. a. im Bereich chronischer Krankheiten oder im pharmakologischen Bereich zur Medikamentenverschreibung (Nurse-led Units/programmes oder Nurse Prescribers).

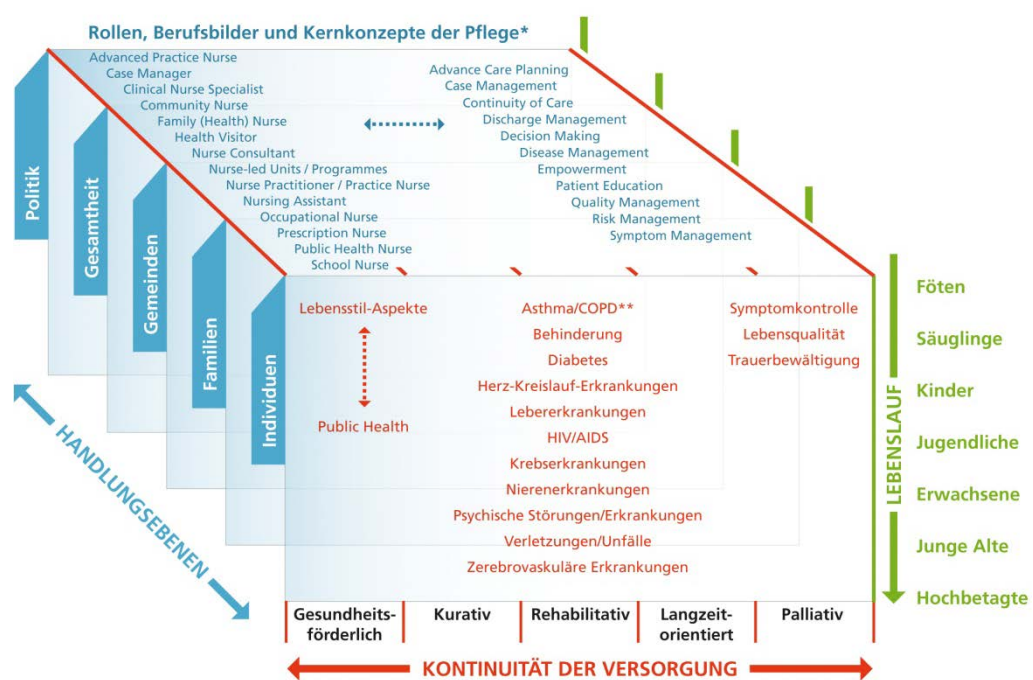
Im Prinzip lassen sich nahezu alle recherchierten Spezialisierungen entweder auf eine bestimmte Ausrichtung (aufgrund der Differenzierung nach Erkrankungen z. B. Diabetes oder nach Themenbereiche wie Gesundheitsförderung), eine bestimmte Zielgruppe (entlang der Lebensspanne, z. B. Jugendliche oder aufgrund der Zugehörigkeit zu einer Gruppe, z. B. Abhängige) oder ein bestimmtes Setting (z. B. Gemeinde) zuordnen. Allen gefundenen Rollen ist eine stärkere Autonomie, vertieftes und/oder erweitertes Fachwissen und in manchen Fällen auch ein erweiterter Handlungsspielraum, der über die bisher bekannten Felder einer DGKP hinausgeht, gemein. Manche der beschriebenen Rollen können unmittelbar nach der Grundausbildung erworben werden, andere setzen Erfahrungen im jeweiligen Fachbereich voraus. Insgesamt kann festgehalten werden, dass in der Literatur zahlreiche Rollen und Kompetenzen beschrieben sind, diese jedoch nicht immer einheitlich bezeichnet werden. Pflegepersonen mit einer intensivierten und erweiterten Praxis werden als advanced practice nurses, aber auch als clinical nurse specialist oder nurse practitioner bezeichnet. Dies hängt von der **jeweiligen Entwicklung in den Ländern ab. International setzt sich zunehmend der Begriff der advanced practice nurse durch.** Mit dem Begriff ANP wird mittlerweile ein Bildungsstandard (die Ausbildung erfolgt auf Masterebene), eine klinische Praxis mit zahlreichen Kenntnissen und Fertigkeiten verbunden.

Neben den Rollen konnten verschiedene Kernkonzepte einer modernen Pflege eruiert werden. Diese Kernkonzepte sollten, wie z. B. Empowerment oder Entlassungsmanagement, Teil jeglicher pflegerischer Arbeit sein, sie können jedoch über den generell notwendigen Inhalt hinaus vertieft und erweitert werden. Andere Kernkonzepte bedürfen einer über die Grundausbildung hinausgehenden Vertiefung. Diese Kernkonzepte ergeben sich durch die zunehmende Spezialisierung und die Heterogenität des Gesundheitswesens. Die Unterstützung der Betroffenen durch ausgebildete Personen ist unerlässlich. Das wären z. B. Case Management (Fallmanagement), Continuity of Care (Kontinuität der Versorgung), Discharge Management (Entlassungsmanagement), Decision Making (Entscheidungsfindung). Diese Konzepte sind darauf ausgerichtet, Individuen im System und an Schnittstellen zu begleiten und zu helfen. Der Umgang mit chronischen Erkrankungen oder auch dem absehbaren Lebensende stellen Betroffene und deren Angehörige immer wieder vor Herausforderungen. daher wurden dazu die Konzepte des Disease Management (Krankheitsmanagement), Advance Care Planning (Vorsorgeplanung) (Jox et al. 2008), Symptom Management (Symptommanagement), Empowerment, Patient Education (Patientenschulung) entwickelt. All diese Konzepte dienen dazu, Betroffene in bestimmten Lebenssituation zu unterstützen und krankheits- oder symptomspezifisch zu informieren, zu begleiten, zu beraten, zu schulen oder zu helfen. Nicht direkt mit Betroffenen, aber immer für diese sind die Konzepte Risk Management (Risikomanagement) und Quality Management (Qualitätsmanagement): diese beiden Konzepte dienen dazu, die angebotene Leistung oder Abläufe für alle sicher, effizient, effektiv und qualitativ zu gestalten. Sich bewusst mit potenziellen oder realen Fehlern auseinanderzusetzen, diese zu analysieren und

daraus zu lernen, dient dazu, die angebotenen Leistungen langfristig für alle sicher anzubieten.

Auffallend bei der Analyse der Literatur war, dass in Österreich die bestehenden Spezialisierungen für lehrendes und leitendes Pflegepersonal gemäß GuKG nicht im Zusammenhang mit Versorgungsleistungen und Handlungsebenen thematisiert wurden. Ebenso wenig findet sich eine Grundausbildung nach den Sparten Allgemeine-, Kinder- und psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege. Die bei uns bekannten Spezialbereiche Intensivpflege, Kinderintensivpflege, Anästhesiepflege und Pflege bei Nierenersatztherapie finden sich als Spezialisierungen nach einer generalistischen Grundausbildung mit unterschiedlich weitem Aufgabenfeld (Advanced Nursing Practice oder Clinical Nursing Specialists, vgl. Abbildung 3.1).

Abbildung 3.1:
Rollen, Konzepte und Versorgungsleistungen der Pflege
(Übertragung der Rechercheergebnisse ins Hirschfeldmodell)



* erstrecken sich größtenteils über alle Handlungsebenen und Versorgungsleistungen
** Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Chronisch obstruktive Lungenerkrankung)

Quelle: Nach Hirschfeld 2000
Darstellung: GÖG/ÖBIG 2010

3.4 Entwicklungen im Bildungsbereich

Grundausbildungen gehobener Dienst und Pflegehilfe

Der gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege kann in drei Zweigen (allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege – AGuK, Kinder- und Jugendlichenpflege – KijP und psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpflege – PsyP) absolviert werden. Für die beiden Zweige KijP und PsyP existiert neben der Grundausbildung auch eine Sonderausbildung.

- » Die meisten Schüler/innen finden sich in der *allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege*. Im Jahr 2010 wurden 11.916 Schüler/innen ausgebildet, im Jahr 2009 schlossen 2.528 Personen die Ausbildung ab.
- » In der speziellen Grundausbildung sowie der Sonderausbildung zur *Kinder- und Jugendlichenpflege* wurden 574 Personen im Jahr 2010 ausgebildet. Im Jahr 2009 schlossen 538 Personen diese Ausbildungen ab.
- » In der *psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpflege* wurden Im Jahr 2010 1.007 Personen ausgebildet, im Jahr 2009 schlossen 248 Personen diese Ausbildung ab.

Die Grundausbildung zur allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege ist seit dem Jahr 2008 auch an Fachhochschulen verankert. Infolge der Einführung neuer Studiengänge hat sich die Studierendenzahl von 50 im Jahr 2008 auf 243 im Jahr 2010 beinahe verfünffacht.

Die Ausbildung zur *Pflegehilfe* besuchten 4.329 Personen im Jahr 2010. Im Jahr 2009 schlossen 1.317 Personen diese Ausbildung ab.

Pflege ist nach wie vor ein klassischer Frauenberuf. Der **Anteil der Männer** liegt in der Ausbildung der

- » *psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege* bei durchschnittlich rund 28 Prozent,
- » *allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege* sowie der *Pflegehilfe* bei je 17 Prozent,
- » *Kinder- und Jugendlichenpflege* bei 3 Prozent.

Ausgebildet werden zum Großteil Personen österreichischer Herkunft (95–98 % der Schüler/innen).

Situation der Bewerber/innen

Eine Analyse der **Bewerber/innen**¹ an den GuKS zeigt, dass der Anteil der 17-Jährigen in der AGuK-Ausbildung nur ein Fünftel ausmacht, in der Kinder- und Jugendlichenpflege-Ausbildung liegt er zwischen 10 und 20 Prozent.

Hinsichtlich der Vorbildung der Bewerber/innen zeigt sich, dass der Anteil an Maturantinnen/Maturanten vor allem in der Kinder- und Jugendlichenpflege mit rund 40 Prozent am höchsten ist, gefolgt von der psychiatrischen GAB mit 22 Prozent und der AGuK mit rund 20 Prozent. Mit sieben bzw. drei Prozent Bewerber/innen mit Maturaabschluss fallen diese für Pflegehilfe und Sozialbetreuungsberufe deutlich geringer aus. Die Befragung der Absolventinnen/Absolventen des gehobenen Dienstes für GuK ergab, dass je 31 Prozent die neunte Schulstufe bzw. eine berufsbildende mittlere Schule absolvierten, 29 Prozent über eine Matura verfügten, 17 Prozent hatten einen Lehrabschluss und fünf Prozent befanden sich in einem Studium oder hatten dies bereits abgeschlossen.

Tabelle 3.6:

Bewerber/innen an Pflegeschulen mit Maturaabschluss oder höher in Prozent zwischen 2006 und 2010

Ausbildung	2006	2007	2008	2009	2010
GAB AGuK	19	19	19	22	20
GAB KijP	41	34	42	48	33
GAB PsyGuK	14	16	17	16	22
PH	8	7	8	7	7
SBB	0	4	3	3	3

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2012

Österreichweit zeigt sich ebenfalls ein differenziertes Bild von Bewerber/innen mit Maturaabschluss oder höher. Den geringsten Anteil findet sich in Oberösterreich, Niederösterreich und Vorarlberg, den höchsten in Tirol. Dabei ist zu beachten, dass diese Angaben alle Bewerber/innen von Pflegegrundausbildungen zum gehobenen Dienst umfassen.

¹
sind Personen, die Bewerbungsunterlagen eingereicht haben

Tabelle 3.7:

Bewerber/innen an Pflegegrundausbildungen mit Maturaabschluss oder höher zwischen 2006 und 2010, in Prozent

Bundesland	2006	2007	2008	2009	2010
Burgenland	–	19	21	13	16
Kärnten	24	25	16	27	20
Niederösterreich	11	10	10	10	12
Oberösterreich	7	8	9	12	11
Salzburg	14	15	24	22	19
Steiermark	20	19	27	20	20
Tirol	25	26	23	19	25
Vorarlberg	19	14	13	11	12
Wien	17	18	16	16	17

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2012

In der AGuK bestehen rund 60 Prozent der Bewerber/innen das Aufnahmeverfahren, in der psychiatrischen GAB sind es rund 75 Prozent, während in der Kinder- und Jugendlichenpflege im Jahr 2006 nur knapp über 20 Prozent der Bewerber/innen das Aufnahmeverfahren positiv durchliefen, waren es im Jahr 2010 etwas mehr als 60 Prozent. Ein bestandenes Aufnahmeverfahren bedeutet jedoch noch nicht, dass diese Personen auch tatsächlich mit der Ausbildung beginnen. In der AGuK beginnen nur knapp 60 Prozent der Personen mit bestandener Aufnahmeprüfung auch tatsächlich mit der Ausbildung. Hinzukommen die Abbrecherraten¹, diese schwanken in den Grundausbildungen für KijP und PsyGuK über die Jahre deutlich vor allem in der PsyGuK GAB gab es Jahre, in welchen knapp 40 Prozent der Einsteiger/innen wieder ausschieden. In der AGuK liegt diese Rate im Schnitt bei 16 Prozent. Für die AGuK bedeutet das, dass von der positiv absolvierten Aufnahmeprüfung bis hin zum Ende des ersten Ausbildungsjahres rund 50 Prozent der anfangs interessierten Personen ausscheiden. Mögliche Gründe sind, dass sich diese Personen an mehreren GuKS bewerben und sich dann für eine Schule entscheiden. Es könnte aber auch sein, dass die GuK-Ausbildung nur einen Ersatzausbildungsplatz darstellt, der nur dann in Anspruch genommen wird, wenn es für den anderen keinen Zuschlag gibt.

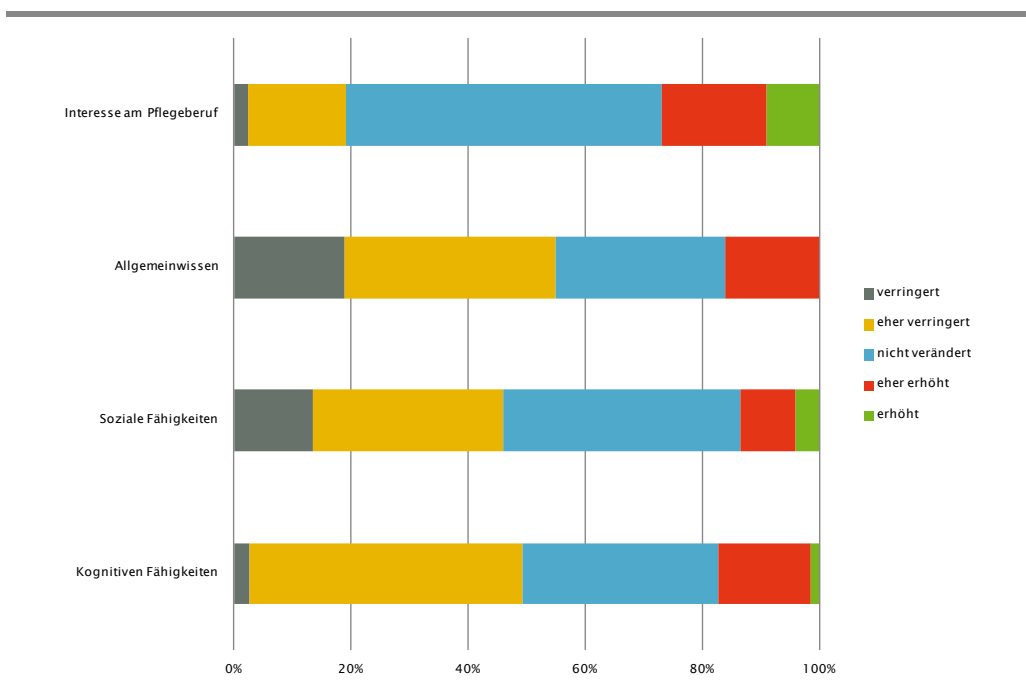
Die Aufnahmeverfahren testen in unterschiedlichem Ausmaß Kompetenzen der Bewerber/innen, wie z. B.: kognitive Fähigkeiten (z. B. Aufmerksamkeitsvermögen, Lernfähigkeit, Kreativität, planendes Denken, Intelligenz, Selbstreflexion) bzw. soziale Fähigkeiten (z. B. Kommunikation, Teamfähigkeit, moralisches Empfinden, Einfüh-

¹

Sind Personen die die Ausbildung beginnen, diese aber im Laufe des ersten Ausbildungsjahres verlassen.

lungsvermögen, Verantwortungsbewusstsein, Selbstdisziplin, Toleranz, Engagement), das Interesse am Pflegeberuf sowie Allgemeinwissen wie (Mathematik, Deutsch, Englisch ...). Im Rahmen des Evaluierungsprozesses wurden die Bildungseinrichtungen zur Eignung der interessierten Personen befragt. Diese geben an, dass sich die kognitiven und sozialen Kompetenzen der Bewerber/innen in den letzten Jahren verändert haben. Es zeigt sich eine leichte Tendenz, dass sich die Fähigkeiten bzw. Interessen der Bewerber/innen im Vergleich zu vor 10 Jahren eher verringert hätten.

Abbildung 3.2:
Einschätzung der Veränderung der Kompetenzen von Bewerberinnen/Bewerbern in den letzten 10 Jahren



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2012

Weiterbildungen

Im GuKG wird nicht nur zwischen Ausbildungen und Sonderausbildungen, sondern auch zwischen Weiterbildungen und Fortbildungen unterschieden. Verpflichtend zu absolvieren sind Sonderausbildungen und ein Mindestmaß an Fortbildung innerhalb von fünf Jahren (40 Stunden). Für Weiterbildungen hingegen wird diese Verpflichtung nicht ausgesprochen, obwohl diese der flexiblen Bedarfsorientierung am ehesten zuarbeiten sollten. Welcher Bedarf gegeben ist, zeigen die insgesamt erfassten 73 Weiterbildungen für den gehobenen Dienst. 44 davon sind in der Weiterbildungsver-

ordnung gelistet (vgl. Tabelle 3.8), weitere 29 wurden durch den Landeshauptmann / die Landeshauptfrau genehmigt (vgl. Tabelle 3.9).

- » Die Spannbreite der angebotenen Weiterbildungen ist vielfältig und reagiert durchaus auf gesellschaftliche Anforderungen (z. B. kultursensible Pflege, Pflege von chronisch Kranken, Akutgeriatrie und Remobilisation).
- » Im Jahr 2010 befanden sich 1.513 Personen in Weiterbildungslehrgängen. Wie viele darüber hinaus Fortbildungen in den eigenen Einrichtungen sowie im Rahmen von Kongressen/Tagungen besuchten, kann nicht gesagt werden, da diesbezüglich keine Daten vorliegen.
- » In jedem Bundesland werden WB angeboten, wobei die Vielfalt zwischen 3 pro Bundesland bis zu 42 reicht.
- » Wie häufig und in welchen Abständen diese Weiterbildungen angeboten werden, lässt sich nicht generell sagen, es zeigt sich jedoch, dass manche regelmäßig stattfinden und andere wiederum nach Genehmigung nur einmal abgehalten wurden.
- » Die ersten 19 Weiterbildungen in Tabelle 3.8 und die ersten sechs in Tabelle 3.12 wurden in den letzten fünf Jahren wenigstens einmal jährlich angeboten und lassen daher auf einen regelmäßigen Bedarf schließen.
- » Neun davon an mehreren Standorten. Diese neun Weiterbildungen (WB) bilden daher wohl den dringlichsten Weiterbildungsbedarf ab. Sie lassen sich in vier Bereiche gliedern, Weiterbildungen mit einem geriatrisch-gerontologischen Fokus, WB mit ausgewählten Zustandsbildern, WB für spezifische Technik und die WB im Bereich Management.
- » 12 WB in der WB-Verordnung gelistete und 7 vom Landeshauptmann / der Landeshauptfrau genehmigte wurden innerhalb der letzten fünf Jahre gar nicht angeboten. Diese beziehen sich auch auf Zukunftsfelder wie Public Health oder Familiengesundheitspflege, auf eher intensiv-pflegerische Kompetenzen wie Beatmung oder Aphareseverfahren, auf spezielle Themenbereiche, die durchaus aktuell sind, wie Schmerzmanagement, Akutgeriatrie und Remobilisation oder auf professionelle Kompetenzen, wie Ethik oder Konflikt- und Krisenmanagement.

Es zeigt sich eine Vielfalt an Weiterbildungen. Aufgrund der unregelmäßigen Inanspruchnahme und der Vielfalt des Angebotes stellt sich jedoch die Frage, in wie weit diese im Rahmen eines Bundesgesetzes gelistet werden sollen. Einige der angeführten Weiterbildungen lassen die Vermutung zu, dass sie eher aus Individualinteresse und weniger pflegerischem oder gesellschaftlichem Bedarf entstanden sind. In wie weit die Inanspruchnahme von Weiterbildungen mit der Finanzierung durch den Arbeitgeber in Zusammenhang steht, kann nicht gesagt werden, allerdings wäre es durchaus denkbar, dass finanzierte WB häufiger nachgefragt werden, als jene die die Teilnehmer/innen selbst tragen müssen. Im Rahmen der Weiterbildung gilt es zu überlegen, ob ein grundsätzliche Regelung hinsichtlich Qualität (Begründung des Themas, Kompetenz der Vortragenden, Evaluierung der WB, Umfang, Prüfungsmodalitäten) sinnvoll wäre, von einer Auflistung der WB jedoch Abstand genommen werden sollte.

Tabelle 3.8:

Weiterbildungen gemäß § 64 GuKG für den gehobenen Dienst nach Angebotshäufigkeit

Weiterbildungstitel	Anzahl der Standorte, die die WB jährlich anbieten	Anzahl der Standorte, die die WB vereinzelt, aber nicht jährlich anbieten	WB gemeldet, Angebot jedoch unbekannt
Palliativpflege /Palliative Care	8	2	
Validation	7	9	
Praxisanleitung	5	5	
Gerontologische Pflege	4	5	2
Basales und mittleres Pflegemanagement	4	4	
Wundmanagement	2	3	
Sterilgutversorgung	2	2	
Diabetesberatung	2	1	1
Kinästhetik	2		
Komplementäre Pflege [†]	1	4	
Onkologische Pflege	1	4	
Pflege bei endoskopischen Eingriffen	1	4	
Kontinenz- und Stomaberatung	1	3	
Kardiologische Pflege	1	2	1
Pflegeberatung	1	2	1
Basale Stimulation in der Pflege	1	1	
Gesundheitsvorsorge	1		1
Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz	1		
Pflege bei Demenz		4	
Pflege bei Menschen mit Wachkoma		2	
Pflege von behinderten Menschen		2	
Pflege in Krisensituationen		1	2
Pflege und Erziehung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie		1	1
Rehabilitative Pflege		1	1
Übergangspflege		1	1
Hauskrankenpflege – Schwerpunkt Gesundheitsförderung		1	
Kultursensible Pflege		1	
Pflege bei speziellen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen		1	
Pflege von chronisch Kranken		1	
Qualitätsmanagement			2
Arbeitsmedizinische Assistenz			
Case und Care Management			
Ethik in der Pflege			
Familiengesundheitspflege			

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 3.8 – Seite 2 von 2

Weiterbildungstitel	Anzahl der Standorte, die die WB jährlich anbieten	Anzahl der Standorte, die die WB vereinzelt, aber nicht jährlich anbieten	WB gemeldet, Angebot jedoch unbekannt
Hauskrankenpflege bei Kindern und Jugendlichen			
Pflege bei substanzgebundenem und substanzungebundenem Abhängigkeits-syndrom			
Pflege bei Aphereseverfahren			
Pflege bei beatmeten Menschen			
Pflege bei medizinisch unterstützter Fortpflanzung			
Public Health			
Schmerzmanagement			
Gesamtergebnis	45	67	13

* WB könnte lt. WB-Verordnung folgenden 4 WB zugeordnet werden: Komplementäre Pflege – Aromapflege; Komplementäre Pflege – Ayurveda; Komplementäre Pflege – Kindertuina; Komplementäre Pflege – Therapeutic Touch

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2012

Tabelle 3.9:

Weiterbildungen genehmigt durch den Landeshauptmann / die Landeshauptfrau für den gehobenen Dienst nach Angeboteshäufigkeit

Weiterbildungstitel	Anzahl der Standorte, die die WB jährlich anbieten	Anzahl der Standorte, die die WB vereinzelt, aber nicht jährlich anbieten	WB gemeldet, Angebot jedoch unbekannt
Anthroposophische Pflege	1		
Basislehrgang psychobiographisches Pflegemodell	1		
Energetische Modelle und Methoden – Therapeutische Berührung	1		
Entlassungsmanagement	1		
OP-Management	1		
Spezielle Pflege auffälliger Kinder und Jugendlicher bis ins Erwachsenenalter	1		
Deeskalationsmanagement		2	
Pflege bei psychiatrischen Erkrankungen		2	
Projektmanagement		2	
Pflege Schwerstkranker im Langzeitbereich		1	1
Rehabilitative Pflege		1	1
Übergangspflege		1	1
Breast care nurse		1	
Forensik in der Pflege		1	
Forschungsmanagement		1	
Ganzheitliche Gesundheitsenergetik		1	
Humor in der Pflege		1	
Hygiene in Alten- und Pflegeheimen		1	
Kongruente Beziehungspflege		1	
Psychoonkologie		1	
Kommunikation für Gesundheitsberufe			2
Krisen und psychiatrische Notfälle im intra- und extramuralen Bereich			1
Arbeitsmedizinische Assistenz			
Case und Care Management			
Konflikt- und Krisenmanagement			
Kontinenzförderung			
Mentorinnen/Mentoren in der Gesundheits- und Krankenpflege			
Pflegemediation			
Überwachungspflege			
Gesamtergebnis	6	17	6

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2012

Sonderausbildungen

Sonderausbildungen für die im GuKG beschriebenen Tätigkeitsbereiche finden meist an eigens dafür eingerichteten Lehrgängen im Gesundheitswesen statt, die auch in universitärer Kooperation im Rahmen von Masterlehrgängen angeboten werden. Lehrer/innen für GuK und Pflegedienstleitungen müssen die SAB bereits vor Antritt ihrer beruflichen Tätigkeit absolviert haben, alle anderen können dies innerhalb von fünf Jahren nach Aufnahme der Tätigkeit erledigen.

Im Jahr 2010 befanden sich in den Sonderausbildungslehrgängen im Gesundheitswesen 1.372 Personen davon in der

- » SAB Intensiv 635
- » SAB OP 282
- » SAB Nierenersatztherapie 61
- » SAB Krankenhaushygiene 46
- » SAB Anästhesie 42
- » SAB Führungsaufgaben 253
- » SAB Lehrendes Pflegepersonal 53

Über die Teilnehmer/innen der Lehr- und Führungsaufgaben-bezogenen Studiengänge im Hochschulbereich lassen sich aufgrund der fehlenden Differenzierung der Teilnehmer/innen nach Vorbildung keine Aussagen treffen. Viele dieser Lehr- und Studiengänge stehen auch für nicht-diplomierte Personen offen.

- » Charakteristisch ist, dass kaum jemand die Sonderausbildung abbricht, d. h. es gibt keine nennenswerten Abbrecherraten.
- » In Relation werden SAB in höherem Ausmaß von Männern besucht als dies bei den GAB der Fall ist.
- » Die ältesten Teilnehmer/innen; die im Mittel 38 Jahre alt sind; findet man in der SAB Krankenhaushygiene, die jüngsten mit durchschnittlich 30 Jahren in der SAB Intensivpflege.

Im Rahmen der Fragebogenerhebung wurden die gesetzlich vorgeschriebenen Rahmenbedingungen hinsichtlich der Sonderausbildungen erfragt. Dabei zeigt sich, dass es den meisten gelingt, innerhalb der vorgeschriebenen Zeit die SAB zu absolvieren. Die Befragten erachten die Ausbildung zu einem Großteil für die Patientensicherheit relevant. Mehrheitlich wird eine Berufserfahrung vor Beginn der SAB als günstig beschrieben.

- » Im Zuge der Befragung zeigt sich, dass es einem Großteil (zwischen 77 und 89 % der Befragten) gelingt, die SAB innerhalb der gesetzlich vorgeschriebenen fünf Jahre abzuschließen. Wenn es nicht gelingt, werden v. a. Engpässe bei Personalressourcen angeführt.

- » Dreiviertel der Befragten über die verschiedenen SAB hinweg, halten diese Ausbildungen im Sinne der Patientensicherheit für relevant.
- » Die Mehrheit der Befragten (70 bis 100 Prozent) in den SAB Intensiv, Anästhesie, Nierenersatztherapie und OP erachten eine 2-jährige Berufserfahrung vor Aufnahme der Tätigkeit als ausreichend.
- » Für die Aufgabenbereiche Krankenhaushygiene erachten 51 Prozent eine 2-jährige Berufserfahrung als ausreichend, 49 Prozent hingegen als unzureichend.
- » 50 Prozent Lehrer/innen für GuK erachten eine 2-jährige Berufserfahrung als ausreichend, 50 Prozent als unzureichend. 80 Prozent der Schuldirektorinnen/-direktoren finden 2 Jahre Berufserfahrung als ausreichend, 20 Prozent als unzureichend.
- » 89 Prozent der befragten PDL und 86 Prozent der Stationsleitungen erachten eine mindestens 2-jährige Berufspraxis im gehobenen Dienst vor Bestellung in das mittleren Management als notwendig.
- » Für die Pflegedienstleitung und Leitung von Bildungseinrichtungen erachten rund 60 Prozent eine 2-jährige Berufserfahrung als zu gering.
- » 50 Prozent der Schuldirektorinnen/-direktoren und 41 Prozent der Pflegedirektorinnen/-direktoren würden die Ausbildung vor Aufnahme der Tätigkeit ansetzen.
- » Die Ausbildung für basales und mittleres Management sollte für je ein Viertel ein bzw. drei Jahre nach Aufnahme der Funktion abgeschlossen sein, für 39 Prozent im zweiten Jahr.
- » Jeweils 38 Prozent der Hygienefachkräfte finden, dass die Ausbildung am Ende des ersten bzw. zweiten Jahres nach Aufnahme der Tätigkeit abgeschlossen sein sollte.
- » Für alle anderen Sonderausbildungen finden die Befragten, dass die Ausbildung nach dem 2. oder 3. Jahr nach Aufnahme der Tätigkeit abgeschlossen sein sollte.
- » Während 41 Prozent der Lehrer/innen für GuK die Ausbildung auf Masterebene ansiedeln würden, erachten alle anderen die derzeit angebotenen Ausbildungsformen als passend.

In Summe scheinen die für die Fachbereiche spezialisierenden Sonderausbildungen wesentlich für die Patientensicherheit zu sein. Berufserfahrung als definierte Zugangsvoraussetzung wird generell als erforderlich gesehen. Die derzeitigen Ausbildungsangebote erfüllen aus Sicht der Befragten die Mindestanforderungen für den jeweiligen Fachbereich. Lediglich Lehrer/innen für GuK erachten eine höhere Ausbildungsstufe für notwendig.

3.4.1 Allgemeine bildungsspezifische Trends

Im Bildungskontext sind mehrere Trends erkennbar, die sich auf Pflegeberufe auswirken. Es gibt einen Trend zur höheren Bildung in der Bevölkerung (Bildungsexpansion), der sich am stetig steigenden Anteil der Personen, die eine Reifeprüfung ablegen, die

ein Studium absolvieren oder einen beruflichen Bildungsabschluss erwerben, festmachen lässt, während der Anteil an Personen mit Pflichtschulabschluss abnimmt. Damit wird der potenzielle Schüleranteil für die Pflegegrundausbildung, die derzeit sekundär angesiedelt ist, abnehmen. Parallel dazu könnten sich Interessierte für Gesundheitsberufe eher für eine Ausbildung der MTD entscheiden, die nun an Fachhochschulen angeboten wird.

Der Trend zur höheren Bildung ist in Österreich ein Phänomen der Gegenwart. So betrug Reifeprüfungsquote (Maturanzahl gemessen am Durchschnitt der Bevölkerung im Alter von 18 bis 19 Jahren) im Jahr 2009/10 für Frauen 46,8 Prozent und 33,5 Prozent für Männer. 50 Prozent der Maturantinnen/Maturanten wechseln anschließend an Universitäten oder Fachhochschulen. Der Anteil an Frauen hat im Laufe der Jahre den Anteil an männlichen Studierenden eingeholt (Statistik Austria 2012a). Die Gruppe der Personen, die sich für eine berufliche Qualifikation außerhalb des Hochschulbereiches entscheiden, wird weiter abnehmen. Die Übertrittsquoten in die Universitäten und Fachhochschulen zeigen, dass vor allem der Anteil an Frauen in den letzten Jahren gestiegen ist. Statistik Austria prognostiziert, dass die Zahl der Schüler/innen in allen Schultypen geringer sein wird als derzeit. Für berufsbildende mittlere Schulen, den klassischen Zubringer für GuKS, wird eine abnehmende Zahl an Schülerinnen/Schülern prognostiziert und zwar aufgrund demografischer Entwicklungen sowie sinkenden Interesses an diesem Schultyp, umgekehrt steigt das Interesse an berufsbildenden höheren Schulen (Hanika et al. 2012).

Dieser allgemeine Trend zu höherer Bildung geht im Gesundheits- und Sozialwesen mit wachsenden Anforderungen und zunehmend komplexerer Leistungserbringung einher. Aus diesem Grund sehen sich Gesundheitsberufe, wie der gehobene Dienst für GuK international gefordert, den Herausforderungen aktiv zu begegnen und Verantwortung für die Mitgestaltung des Gesundheits- und Sozialwesens zu übernehmen. Als Voraussetzung dafür wird vielfach eine adäquate Ausbildung auf Hochschul-Niveau angesehen (Sottas/Kickbusch 2011).

3.4.2 Attraktivität und Konkurrenzfähigkeit der Pflegeausbildung

Aus der Jugend-Wertestudie 2011 geht hervor, dass junge Österreicher/innen von ihrem zukünftigen Beruf erwarten, dass dieser Spaß macht, interessant ist und man sich in der Kollegenschaft wohlfühlt. Arbeitsplatzsicherheit und gute Bezahlung sind ebenfalls relevant. Bildungsnahe Jugendliche und junge Erwachsene erwarten sich von ihrem Beruf, anderen Menschen zu helfen bzw. sich weiterzuentwickeln oder Auslandserfahrungen zu sammeln. Bildungsferne Jugendliche und junge Erwachsene erachten eine gute Bezahlung, genug Freizeit, einen wohnortnahen Arbeitsplatz sowie

wenig Stress als wichtig (vgl. Heinzlmaier/Ikrath 2012). Pflegeberufe stellen für Jugendliche nicht die erste Berufswahl dar. Eine Studie von Karmasin hat ergeben, dass Gesundheits- und Krankenpflegeberufe in der Bevölkerung zwar angesehen sind, jedoch nur 14 Prozent der Befragten diesen Beruf auch selbst sehr gerne ausüben (vgl. Schwaiger 2010, 5). Damit decken sich Befunde von (Nowak 2006), demnach sind für Maturantinnen/Maturanten die beliebtesten Zielberufe Physiotherapeut/in, Arzt/Ärztin sowie *Anwältin/Anwalt, Rechtsanwältin/-anwalt*. Kemetmüller et al. führten im Maturajahrgang 2004/05 in Krems eine Befragung zur Attraktivität der Pflegeausbildung durch. 70 Prozent der befragten Personen zogen die Pflegeausbildung nicht in die nähere Berufswahl, 64 Prozent gaben an, Pflege als unattraktiven Beruf wahrzunehmen. Mehr als die Hälfte der Befragten gab jedoch an, dass es sich um einen gesellschaftlich wichtigen Beruf handle (Kemetmüller 2005).

Die Entwicklungen im Bildungsbereich zeigen also, dass der quantitative und qualitative Anteil an Jugendlichen, die die Vorbedingungen für die Ausbildungen zum gehobenen Dienst erfüllen, eher abnimmt. Jugendliche absolvieren zunehmend häufiger die Matura und wechseln häufiger in den tertiären Bildungsbereich. Das Interesse Jugendlicher am Pflegeberuf und somit der Ausbildung ist eher gering.

Aufgrund des geringen Männeranteils in den Pflegeberufen gilt es auch, mehr Männer für die Pflegeberufe zu interessieren. Es ist im Rahmen von Karrieremodellen darauf zu achten, dass Männer wie Frauen gleichermaßen gefördert werden. Während sich das Geschlechterverhältnis der Basis (viele Frauen, kaum Männer) auch in den Führungsfunktionen/-ebenen widerspiegeln soll. Darüber hinaus sollten vor dem Hintergrund der bestehenden Migration auch Personen aus den Haupterkunftsethnien von Migranten und Migrantinnen ausgebildet werden.

3.5 Der Pflegebedarf der österreichischen Bevölkerung

Ziel dieses Abschnittes ist es, die pflegespezifischen Bedarfslagen der österreichischen Bevölkerung darzustellen. Aufgrund fehlender pflegeepidemiologischer Daten (in Österreich existiert keine Statistik, die den Pflegebedarf in fachlicher Hinsicht abbildet), wird anhand der Statistik der Bundes- und Landespflegegeldbezieher/innen, der Diagnosen- und Entlassungsstatistik, der Ergebnisse der Stellungsuntersuchung, der Österreichischen Gesundheitsbefragung, der Statistik des Bevölkerungsstandes sowie der Todesursachenstatistik der pflegfachliche Bedarf argumentiert.

In diesem Kapitel geht es auch darum, anhand der Krankenhausdaten die mit den speziellen Grundausbildungen verbundenen Vorbehalte zu prüfen sowie medizinische oder krankheitsbedingte Zukunftsfelder aufzuzeigen.

3.5.1 Pflegebedarf

Pflegebedarf entsteht ab dem Zeitpunkt, an dem ein Missverhältnis zwischen gesundheitlichen Anforderungen und individuellen Ressourcen zu ihrer Bewältigung besteht und deshalb die Unterstützung und Hilfe Dritter vonnöten ist (Wingefeld et al. 2007). Die beruflichen Anforderungen der Pflegeberufe basieren auf dem Vorhandensein pflegebedürftiger Personen aller Altersgruppen mit krankheits-, alters- und behinderungsbedingte Einschränkungen. Größtenteils übernimmt die Familie Pflegeleistungen unterstützt durch Laienkräfte mit und ohne Unterstützung professioneller Dienste. In der Akutversorgung überwiegt der Anteil der professionellen Pflege. Pflegefachkräfte haben in diesem Kontext die Aufgabe maßgeschneiderte Unterstützungsleistungen für Individuen und deren relevantes Umfeld anzubieten. Die Leistungen reichen von der Gesundheitsförderung bis hin zu Begleitung in Sterbephasen und der anschließenden Trauerbewältigung. Darüber hinaus ist die Übernahme gestalterischer Aufgaben im Rahmen der Entwicklung von Versorgungskonzepten und -angeboten auf lokaler, regionaler oder nationaler Ebene zukünftiges Handlungsfeld von Pflegepersonen.

3.5.2 Soziodemografische Aspekte der Pflegebedürftigkeit

Am deutlichsten zeigt sich der Pflegebedarf in der Entwicklung der Bundes- und Landespflegegeldbezieher/innen. Seit dem Jahr 1993 besteht die Möglichkeit, bei Vorliegen eines dauerhaften (mindestens 6 Monate) Betreuungs- und Hilfsbedarfes wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung bzw. einer Sinnesbehinderung um Pflegegeld anzusuchen. Zwischen dem Jahr 2000 und dem Jahr 2012 stieg der Anteil der Pflegegeldbezieher/innen um nahezu ein Drittel von 328.000 auf 435.000 Personen (vgl. Tabelle 3.10).

Tabelle 3.10:

Bundes- und Landespflegegeldbezieher in Österreich in den Jahren 2000 und 2012 absolut und je 1.000 Einwohner/innen nach Pflegegeldstufen

Jahr/Pflegegeldstufe	Anzahl Bundes- und Landespflegegeldbezieher/Innen				
	Absolut				
	Stufe 1-2	Stufe 3-5	Stufe 6-7	Gesamt	
2000	179.601	134.286	14.012	327.899	
2012	231.356	177.423	26.121	434.900	
Differenz in Prozent	28,8	32,1	86,4	32,6	
Differenz absolut	51.755	43.137	12.109	107.001	
	Je 1.000 Einwohner/Innen				
	2000	22,4	16,8	1,8	40,9
	2012	27,4	21,0	3,1	51,5
	Differenz in Prozentpunkten	5,0	4,3	1,3	10,6

Quellen: Hauptverband der Sozialversicherungsträger – Bundes- und Landespflegegeldbezieher Dez. 2000 und Bundespflegegeldbezieher Mai 2012, Daten auf elektronischem Datenträger; Statistik Austria – Landespflegegeldbezieher 2000; Statistik des Bevölkerungsstandes – Daten auf elektronischem Datenträger; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Der Anteil der Pflegegeldbezieher/innen steigt mit zunehmendem Alter der Empfänger/innen an (vgl. Tabelle 3.11). 1,9 Prozent der Pflegegeldbezieher/innen im Jahr 2012 sind 14 Jahre oder jünger, knapp 35 Prozent sind hingegen 80 Jahre oder älter. Gemessen an der Wohnbevölkerung sind bei den bis zu 14-Jährigen pro Tausend Einwohner/innen 6,7 Personen Pflegegeldbezieher/innen, bei den 80-Jährigen oder Älteren sind es hingegen 755,2 Personen. Das heißt, mehr als drei Viertel der Wohnbevölkerung ab 80 Jahren bezieht Pflegegeld und ist daher pflegebedürftig (vgl. Tabelle 3.11).

Tabelle 3.11:

Pflegegeldbezieher/innen in Österreich im Jahr 2012 absolut und je 1.000 Einwohner/innen nach Altersgruppen

Pflegegeldbezieher nach Altersgruppen und Pflegegeldstufen						
	0-14	15-44	45-64	65-84	85 und mehr	Alle
Stufe 1-2	4.050	14.625	34.219	112.758	65.704	231.356
Stufe 3-5	3.190	11.151	18.655	68.801	75.626	177.423
Stufe 6-7	974	4.215	3.084	8.513	9.335	26.121
Stufe 1-7	8.214	29.991	55.958	190.072	150.665	434.900
Stufe 1-2 pro 1.000 EW	3,3	4,3	14,6	86,8	329,3	27,4
Stufe 3-5 pro 1.000 EW	2,6	3,3	7,9	52,9	379,1	21,0
Stufe 6-7 pro 1.000 EW	0,8	1,3	1,3	6,6	46,8	3,1
Stufe 1-7 pro 1.000 EW	6,7	8,9	23,8	146,3	755,2	51,5

Quellen: Hauptverband der Sozialversicherungsträger – Pflegegeldbezieher Mai 2012, Statistik des Bevölkerungsstandes – Daten auf elektronischem Datenträger
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zunehmende Lebenserwartung und höheres Alter ist also mit einer Steigerung der Pflegebedürftigkeit assoziiert. Dies führt zu einer veränderten **Altersstruktur** der Bevölkerung. In zehn Jahren wird der Anteil der unter 15-Jährigen auf 14,2 Prozent, der 15- bis 60-Jährigen auf 59,6 Prozent sinken und jener der über 60-Jährigen auf 26,2 Prozent steigen. Die Gruppe der über 75-Jährigen wird sich in den nächsten zwanzig Jahren von 634.000 auf 1,45 Millionen verdoppeln.

Mit zunehmendem Alter nehmen nicht nur gesundheitliche Beeinträchtigungen zu, sondern es steigt auch der Anteil der alleinlebenden Personen. Knapp 44 Prozent aller **Einpersonenhaushalte** geht auf Menschen über 60 Jahren zurück. Rund die Hälfte aller über 80-Jährigen lebt alleine. Es handelt sich dabei auch um ein typisch weibliches Phänomen, denn jede zweite Frau über 75 Jahre lebt allein, während es bei den Männern nur jeder Fünfte in dieser Altersgruppe ist (Statistik Austria 2008a; Statistik Austria 2008b; Statistik Austria 2009).

In den letzten zehn Jahren wurden auch die in Spitälern behandelten Menschen zunehmend älter. Ein Blick auf die Altersverteilung der Entlassungen insgesamt zeigt (vgl. Tabelle 3.12), dass im Jahr 2010 Menschen über 65 Jahren mit fast 42 Prozent den höchsten Anteil an den Spitalsentlassungen ausmachen. Die Gruppe der Personen im Alter von 15 bis 44 Jahren macht etwas weniger als ein Viertel und jene zwischen 45 und 65 Jahren etwas mehr als ein Viertel aus. Die Darstellung der Entlassungen aus Krankenanstalten nach Altersgruppen und Fachrichtungen ermöglicht einen Rückschluss auf den Bedarf an Pflegepersonen mit altersgruppen- oder fachspezifischen Kompetenzen.

Tabelle 3.12:

Entwicklung der Entlassungen aus Spitälern in Altersgruppen im Zeitraum 2000 bis 2010, in Prozent

Alter (in Jahren)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
0-14	9,2	9,1	8,8	8,5	8,2	8,1	8,0	7,6	7,4	7,4	7,1
15-44	27,8	27,5	27,6	26,5	26,2	25,7	25,2	24,7	24,4	24,0	23,6
45-64	27,0	27,2	27,7	28,5	28,5	27,8	27,8	27,6	27,5	27,3	27,5
65-84	30,4	30,8	30,9	31,7	32,4	33,3	33,6	34,2	34,4	34,6	34,7
85 plus	5,6	5,4	5,1	4,8	4,6	5,0	5,4	5,9	6,3	6,7	7,1

Quelle: BMG - Diagnosen- und Leistungsdokumentation 2010
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Bezogen auf Fachbereiche zeigt sich, dass mehr als 50 Prozent aller über 80-jährigen aus konservativen Fächern entlassen werden, aber generell in allen Abteilungen zu finden sind. Ähnliches gilt für die 70- bis 79-jährigen Personen, während die jüngeren Altersgruppen eher aus allen Abteilungen entlassen werden. Diese Wahrnehmung wurde im Wesentlichen auch durch die Fokusgruppen bestätigt, in welchen die Expertinnen/Experten einen **intensiv-geriatrischen Pflege- und Betreuungsaufwand** formulierten.

Die zunehmende **Berufstätigkeit von Frauen** hat sowohl strukturelle als auch inhaltliche Auswirkungen auf das Gesundheits- und Pflegewesen: Einerseits erbringen die 45- bis 64-jährigen Frauen traditionell die familiären Pflegeleistungen. Es ist seit langem bekannt, dass gerade diese Gruppe in Zukunft stärker am Erwerbsleben beteiligt sein wird und daher für familiäre Pflegeleistungen nicht oder nur mehr in eingeschränktem Maß zur Verfügung stehen wird (Schaffenberger et al. 1999). Daher wird sich die Nachfrage nach familienexternen Gesundheits- und Pflege(dienst)leistungen erhöhen. Mit der Übernahme der häuslichen Pflege durch Angehörige geht eine mangelnde soziale Absicherung (z. B. durch Reduktion oder Aufgabe der Berufstätigkeit) einher, die sich mittel- bis langfristig negativ auf den gesundheitlichen Status vor allem von Frauen auswirken kann. Damit bedarf es spezifischer Angebote, um Frauen von der Mehrfachbelastung zu entbinden bzw. im Falle der Mehrfachbelastung zu unterstützen, damit sie gesund bleiben.

3.5.3 Gesundheitszustand und dessen Konsequenzen für die Pflege

Die verschiedenen Statistiken zeigen die **Krankheitsentwicklung der Bevölkerung**, die neben der ärztlichen auch der pflegerischen Intervention bedarf. Insbesondere im Rahmen chronischer Erkrankungen sind Pflegeleistungen vielfältigster Natur erforder-

lich und möglich. Grypdonck beispielsweise sieht die Hauptaufgaben der Pflege darin, den Patientinnen/Patienten zu helfen, die existenzielle Krise zu überwinden, sie im täglichen Leben sowie beim Management des therapeutischen Regimes zu unterstützen und in der Organisation der Pflege zu helfen vgl. (Seidl/Walter 2005).

Über die Krankheitsentwicklung/Epidemiologie geben v. a. die Diagnosen- und Entlassungsstatistik sowie die österreichische Gesundheitsbefragung Auskunft. Die häufigsten Entlassungen in den Jahren 2001–2010 gehen auf Neubildungen (v. a. Krebs), Krankheiten des Kreislaufsystems, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes, Verletzungen und Vergiftungen sowie Krankheiten des Verdauungssystems zurück – diese Erkrankungsgruppen verursachten mehr als die Hälfte der Krankenhausaufenthalte. Die österreichische Gesundheitsbefragung, die eine Selbstauskunft ist, gibt Aufschluss über die individuell wahrgenommene gesundheitliche Situation der Bevölkerung. Aus dieser Befragung geht hervor, dass 37,1 Prozent der Österreicher/innen von einer chronischen Krankheit oder von einem dauerhaften gesundheitlichen Problem betroffen sind – das entspricht hochgerechnet rund 2,6 Mio. Einwohnern und Einwohnerinnen. Die Anteile der Betroffenen steigen mit zunehmendem Lebensalter: während bei den 15– bis 44-Jährigen 22 Prozent (771.000 Personen) eine chronische Krankheit haben, sind es bei den 45– bis 64-Jährigen 46 Prozent (962.000 Personen), bei den 65– bis 84-Jährigen rund 60 Prozent (758.000 Personen) und in der Gruppe der über 84-Jährigen bereits 72 Prozent (104.000 Personen). Vor diesem Hintergrund ist es auch wenig überraschend, dass mit zunehmendem Alter Einschränkungen in Alltagsaktivitäten, wie beim Bücken und Niederknien, gelegentlicher Hausarbeit, beim Heben und Tragen, beim Treppensteigen sowie dem Gehen mit und ohne Hilfe zunehmen. Bei hochaltrigen Menschen gewinnen weitere Einschränkungen beim Baden und Duschen, Setzen und Aufstehen, leichter Hausarbeit, Gehen mit Hilfe sowie beim An- und Ausziehen, an Bedeutung. Ein typisch pflegerisches Handlungsfeld ist Inkontinenz mit Auswirkungen auf das soziale Leben der Betroffenen. Aus dem Bericht „Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich“ (Winkler et al. 2012) geht hervor, dass Inkontinenz mit zunehmendem Alter stark an Bedeutung gewinnt, während in der Gruppe der 65– bis 74-Jährigen 15 Prozent der Frauen und 9 Prozent der Männer darunter leiden, sind es in der Gruppe der 75– bis 84-Jährigen bereits 27 bzw. 23 Prozent.

Menschen mit einer psychischen und/oder psychiatrischen Erkrankung werden von Pflege-Expertinnen/Experten als für die Pflege relevante Patientengruppe hervorgehoben. Im Jahr 2010 wurden 137.813 Entlassungen mit psychiatrischen Diagnosen dokumentiert, davon entfallen 51.363 Entlassungen auf nicht-psychiatrische Betten anderer Fachgebiete, insbesondere aus dem Bereich der Inneren Medizin. Das heißt 37 Prozent der Menschen mit psychiatrischen Diagnosen werden in nicht eigens dafür eingerichteten Abteilungen betreut.

Bei Personen, die von der ICD-10-Diagnosengruppe F „Psychische und Verhaltensstörungen“ betroffen sind, handelt es sich hauptsächlich um die Diagnosen Demenz und Depression. Anhand der Krankenhaushäufigkeit von Menschen mit Demenz zeigt sich, dass mit zunehmendem Alter die Betroffenheit steigt, hochaltrige Frauen häufiger betroffen sind als Männer und die Erkrankung in den letzten zehn Jahren zugenommen hat (Winkler et al. 2012). Prävalenzstudien zu Demenz liegen nicht vor, dennoch gibt es Schätzungen. Demnach sind rund 100.000 der über 59-Jährigen von demenziellen Erkrankungen betroffen. Experten schätzen, dass bis zum Jahr 2050 ungefähr 234.000 Personen in Österreich daran erkranken (vgl. Gleichweit/Rossa 2009; Wancata/Kaup 2001).

3.5.3.1 Zielgruppenspezifische Bedarfslagen

Wenige Daten liegen zur Abbildung der Gesundheit bzw. des Krankheitszustandes von **Kindern und Jugendlichen** vor. In Bezug auf das Rauchverhalten wurde festgestellt, dass rund die Hälfte der 14- bis 15-jährigen Schüler/innen in Österreich zumindest gelegentlich raucht. Rund ein Viertel der Schulkinder im selben Alter konsumiert zumindest einmal in der Woche ein alkoholisches Getränk. Haltungsverhalten weisen 47 Prozent der untersuchten schulpflichtigen Wiener Kinder im Alter von sechs bis zehn Jahren auf und rund 15 Prozent der Wiener Kinder sind übergewichtig (Magistrat Wien 2004). Die Stellungenuntersuchungen des Österreichischen Bundesheers geben einen Einblick in den Gesundheitszustand von jungen Männern und weisen auf gesundheitliche Probleme hin: jeder fünfte Mann ist bei der Stellungenuntersuchung bereits übergewichtig.

Die Analyse der Entlassungsstatistik in Bezug auf Kinder und Jugendliche zeigt, dass der Anteil von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0- bis 19-Jahren an den Entlassungen insgesamt in den letzten zehn Jahren von 9,2 Prozent im Jahr 2000 auf 7,1 Prozent im Jahr 2010 zurückgegangen ist. Die Verteilung von Kindern und Jugendlichen nach Fachbereichen zeigt, dass sie zwar größtenteils in eigens dafür eingerichteten Abteilungen und Stationen betreut werden (55 %), dass aber 45 Prozent auch in allen anderen Abteilungen behandelt werden. Immerhin 22 Prozent aller im Jahr 2010 entlassenen Kinder und Jugendlichen wurden aus diversen chirurgischen Fachabteilungen, zwölf Prozent aus Abteilungen von Mischfächern (z. B. HNO, Dermatologie), je vier Prozent aus der Frauenheilkunde/Geburtshilfe bzw. aus konservativen Fachabteilungen, zwei Prozent aus sonstigen Fachabteilungen und ein Prozent aus der Psychiatrie entlassen. Diese Analyse macht deutlich, dass Kinder und Jugendliche, ähnlich wie auch Menschen mit psychiatrischen Diagnosen, in allen Abteilungen und nicht nur in zielgruppenspezifischen betreut werden. Die Fokusgruppen konstatierten, dass Pflegepersonen bei der Pflege von Kindern durch die Supportfunktion eine wichtige Rolle zukommt. Vor allem auch weil Familien mit den belastenden Situationen oft

überfordert sind und Unterstützung benötigen. Diese Unterstützungsleistungen können sich auf die Anleitung, Schulung und Beratung pflegender Angehöriger in Behandlungs- und Pflegetechniken (z. B. Absaugen des Tracheostomas, Insulinspritzen) beziehen, aber auch in der Mitwirkung in ethischen Entscheidungsfindungsprozessen. Die Bedeutung einer ethisch begründeten Entscheidungsfindung nimmt u. a. vor dem Hintergrund des medizinisch-technischen Fortschritts zu (beispielsweise Frühgeburtlichkeit und Behinderungsrisiko).

Als spezifische Zielgruppe wurde von den Expertinnen/Experten immer wieder die Gruppe der **Menschen mit Behinderung** definiert. Unabhängig vom Setting bedarf es im Kontakt mit dieser Zielgruppe adäquater Kommunikationsformen und auf individuelle Einschränkungen bzw. Beeinträchtigungen fokussierte Interaktionsformen. Im Zuge der Diskussion wurde deutlich, dass die Gesundheits- und Krankenpflegepersonen derzeit nicht ausreichend für die Pflege dieser Zielgruppe qualifiziert sind. Menschen mit Behinderungen haben meist einen grundgelegten Pflege- und Betreuungsbedarf der sehr lange Zeit stabil bleibt und häufig durch Sozialbetreuungsberufe gedeckt werden kann. Der Übergang von Betreuungs- und Pflegebedarf ist fließend, der Pflegebedarf wird im Rahmen von akuter/chronischer Erkrankung gepaart mit lebensbedrohenden Situationen augenscheinlich. Allerdings ist es ein schmaler Grat zwischen bekanntem Betreuungsbedarf und neu hinzukommendem Pflegebedarf oder gefährdenden Situationen. Deshalb ist der Einsatz von qualifizierten Pflegepersonen in diesem derzeit noch vernachlässigten Bereich besonders bedeutsam, um zusätzliche Pflegebedürftigkeit oder weitere Einschränkungen aufgrund von Alter und/oder Krankheit zu verhindern. Defizite wurden ebenfalls in den Versorgungsstrukturen geortet, die für Menschen mit Behinderungen keine angemessenen Einrichtungen für die Phase des Alters und der Hochaltrigkeit aufweisen.

Rund 19 Prozent der österreichischen Bevölkerung sind **Menschen mit Migrationshintergrund**. Allerdings liegen keine Daten vor, die einen Zusammenhang zwischen Migration und Krankheiten, sozialer Situation und dem daraus potenziell resultierendem Pflegebedarf schließen ließen. Ergebnisse aus Studien deuten darauf hin, dass Migration per se kein Gesundheitsrisiko darstellt, sondern dass die Ursachen einer erhöhten gesundheitlichen Vulnerabilität vermutlich im sozial bedingten Gefälle liegen, von dem Menschen mit Migrationshintergrund betroffen sind. Migration ist eine Komponente die zur **gesundheitlichen Benachteiligung** beiträgt. Vor dem Hintergrund der Heterogenität der Migrantinnen/Migranten sind die Herausforderungen für das Gesundheits- und Pflegewesen ebenfalls vielfältig. Befragte Expertinnen/Experten geben in diesem Zusammenhang zu bedenken, dass sich sowohl der Umgang von Migrantinnen/Migranten mit Gesundheit und Krankheit als auch die Verhaltens- und Erscheinungsform von Gesundheit und Krankheit kulturell bedingt unterschiedlich darstellen. Für eine angemessene Pflege- und Betreuung von Migrantinnen/Migranten ist jedoch die Anwendung von Gesundheits- und Krankheitskonzepten angezeigt, die

bewusst kulturspezifische Aspekte in die Pflege- und Betreuung von Individuen, Familien und Gruppen einbeziehen (vgl. Leininger/McFarland 2006).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass aufgrund der Datenlage, v. a. ältere Menschen der Pflege bedürfen und der Handlungsschwerpunkt im Bereich von chronischen Erkrankungen zu finden ist.

3.6 Pflegeberufe und Personalstruktur

Pflege und Betreuung der Bevölkerung erfordern ein breites Spektrum an Berufen, Dienstleistungen und Angeboten. Ziel dieses Abschnitts ist es, die Entwicklung, die Größenordnung und die Zusammensetzung (Grade Mix) jener Berufe darzustellen, die primär für Pflege und Betreuung in allen Settings zur Verfügung stehen. Wie schon im vorhergehenden Abschnitt ist die Datenlage in Bezug auf Pflegeberufe nicht zufriedenstellend. Zwar kann die Personalsituation für die Fonds-Krankenanstellen gut dargestellt werden, für die Bereiche der mobilen Pflege und Betreuung sowie der langzeitstationären Pflege liegen jedoch wenige Informationen vor. Diese Strukturdaten können einen indirekten Rückschluss auf die Bedarfsentwicklung im Gesundheits- und Sozialbereich ermöglichen.

Die Datenlage zur Anstellung der Angehörigen der verschiedenen Berufsgruppen ist eher heterogen. Von Fonds-Krankenanstellen liegen umfassende Personalkennzahlen vor, da diese verpflichtet sind, die Daten jährlich an das BMG zu melden. Lückenhafte bzw. nur punktuelle Daten liegen aus dem Bereich der Langzeitpflege und dem Bereich der mobilen Dienste vor. Für den Berichtszeitraum 2010 liegen für diese Bereiche jedoch Überblicksdaten vor. Für die verschiedenen Sonderausbildungen in der GuK, das Pflegemanagement sowie über Pflegewissenschaftler/innen oder Personen mit der Ausbildung Advanced Nursing Practice liegen keine Daten vor. Deshalb wird immer von Pflegepersonen insgesamt gesprochen, ohne jedoch zu wissen, wie hoch der Anteil an Personen ist, die z. B. in patientenfernen Managementfunktionen beschäftigt sind.

3.6.1 Pflegepersonal in Fonds-Krankenanstellen

In den Jahren 2001 bis 2010 stiegen in **österreichischen Fonds-Krankenanstellen** die Vollzeitäquivalente der Berufsgruppen Ärzteschaft, Apothekerschaft, Hebammen, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger/innen, Medizinisch-technische Dienste, Pflegehelfer/innen, Verwaltungspersonal, Betriebspersonal sowie des sonstigen Personals gemäß Kostenstellenstatistik von 79.194 auf 87.716. Dies entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Steigerung um 1 Prozent. Die Gruppe der Sozialbetreuungsberufe ist in den Fonds-Krankenanstellen nicht verankert, daher liegen dazu keine

Daten vor. Die größte Berufsgruppe war im Jahr 2010 mit 41.142 VZÄ das DGKP. Rund 86 Prozent davon sind der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege zuzurechnen, 7 Prozent der Kinder- und Jugendlichenpflege und 6 Prozent der Psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege. Die Pflegehilfe inklusive Sanitätshilfsdienste war mit 9.379 VZÄ vertreten. Zwischen den Jahren 2001 und 2010 konnte bei den DGKP ein Zuwachs von 4.826 VZÄ (+13 %) verzeichnet werden. Die Anzahl der Pflegehelfer/innen einschließlich der Sanitätshilfsdienste hat um 825 VZÄ (- 8 %) abgenommen. Ebenfalls reduziert hat sich das Betriebspersonal und zwar um 973 VZÄ, das ist ein Minus von 29 Prozent.

Die Arbeitslast für den gehobenen Dienst in den Fonds-Krankenanstalten lässt sich durch die Relation der Belagstage zum Personal darstellen. Trotz des steigenden Anteils an chronischen Krankheiten im Spektrum der Erkrankungen nimmt die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus ab. Die Tendenz zu häufigeren, aber kürzeren Aufenthalten spiegelt sich in der Abnahme der durchschnittlichen Belagstage von 6,5 im Jahr 2001 auf 5,4 im Jahr 2010 wider. Die Anzahl der Krankenhaus-Aufnahmen stieg gemäß Diagnosen- und Leistungsdokumentation vom Jahr 2001 bis zum Jahr 2010 in Akut-Krankenanstalten von 2,3 Mio. um nahezu 355 Tausend (16 %) auf 2,6 Mio. Im gleichen Zeitraum sank die Anzahl der Belagstage von 14,75 Mio. um 505 Tausend (3,4 %) auf 14,2 Mio. Durch sinkende Verweildauer und steigende Fallzahl hat sich die Relation zwischen DGKP-VZÄ und der Anzahl Aufnahmen im Beobachtungszeitraum (2001–2010) von 14,6 VZÄ pro 1.000 Aufnahmen auf 13,8 reduziert. Im Jahr 1998 kamen auf 1.000 Aufnahmen noch 15,5 DGKP-VZÄ. Im Rahmen der Expertengespräche wurde vor allem festgestellt, dass neben den nicht adäquat ausgebauten Strukturen im ambulanten Bereich die Verkürzung der Verweildauer zum „Drehtüreffekt“ führen kann, weil Patientinnen/Patienten aus pflegerischer Sicht zu früh entlassen werden.

3.6.2 Personal in stationären Pflege- und Betreuungsdiensten

Im Bereich der stationären Pflege- und Betreuungsdienste¹ (Statistik Austria 2012b) waren im Jahr 2010 rund 30.100 VZÄ beschäftigt. Diese betreuten 71.798 Personen. Der Versorgungsgrad (das ist das Verhältnis der Plätze zu je 1.000 Einwohner/innen der Bevölkerung im Alter von 75 Jahren und älter) schwankt zwischen den Bundesländern deutlich. Der Versorgungsgrad spannt sich von 138,8 in Salzburg bis 60,7 in Niederösterreich (Statistik Austria 2012c). Erklärbar ist dies aufgrund der sehr hetero-

¹

Das sind Pflege- und Betreuungsdienste der Länder und Gemeinden im Altenbereich („Langzeitpflege“), die aus Sozialhilfemitteln (mit-) finanziert werden

genen Personalschlüsselverordnungen der Länder. Aus den Daten kann keine Differenzierung nach Berufsgruppen vorgenommen werden (Statistik Austria 2012b), allerdings variieren die Personalausstattung sowie der Skill Mix zwischen den Bundesländern deutlich. Eine detaillierte Erfassung liegt aus dem Jahr 2006 vor. Damals wurden von GÖG/ÖBIG die **Beschäftigtenzahlen im Bereich der Alten- und Behindertenbetreuung** ermittelt (vgl. Nemeth et al. 2007). Bei den Dienstleistungsanbietern im Sozialbereich (Alten- und Behindertenbereich) waren rund 55.000 Personen beschäftigt. Den größten Teil bildeten DGKP und Pflegehelfer/innen mit 42 Prozent bzw. 23.400 Beschäftigten, die hauptsächlich teilzeitbeschäftigt waren (durchschnittliches Stundenausmaß 30 Wochenstunden). In Alten- und Pflegeheimen waren rund 88 Prozent Pflegepersonen; davon 50 Prozent diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, 43 Prozent Pflegehelferinnen/-helfer und Altenfachbetreuer/innen sowie 7 Prozent Hilfspersonal (Altenhelferinnen und -helfer, Heimhelferinnen und -helfer, Betreuungspersonen ohne spezielle Ausbildung). In Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, z. B. betreute Wohnformen, dominierten Angehörige von Berufsgruppen, die speziell für diese Arbeit ausgebildet waren. Zwei Drittel der Angestellten waren Fachkräfte im Behindertenbereich bzw. Fachkräfte in der Begleitung/Betreuung/Assistenz, während nur 13,4 Prozent DGKP und 12,3 Prozent Pflegehelfer/innen bzw. Altenbetreuer/innen waren.

3.6.3 Personal in den mobilen Diensten

Im Bereich der Pflege- und Betreuungsdienste (Statistik Austria 2012b) (Statistik Austria 2012a) waren im Jahr 2010 rund 11.500 VZÄ beschäftigt (18.469 Köpfe) diese betreuten ebenfalls im Jahr 2010 127.891 Personen. Die Versorgungsgrade bei den mobilen Diensten (das ist das Verhältnis der Leistungs- und Beratungsstunden zur im Bundesland wohnhaften Bevölkerung im Alter von 75 Jahren und älter) schwankt deutlich zwischen den Bundesländern. Dieser liegt in Vorarlberg bei 55,4 und bei 9,0 in der Steiermark (Statistik Austria 2012c). Das Verhältnis von Pflegegeldbezieherinnen/-bezieher zu den vorhandenen Pflege- und Betreuungsdiensten ist 32:1, das heißt auf 32 Pflegegeldbezieher/innen kommt ein VZÄ Pflege- und Betreuungspersonal. Die Personalausstattung in den mobilen Diensten variiert, wie schon in der stationären Altenbetreuung, zwischen den Bundesländern. Eine differenzierte Darstellung über den Skill Mix in der mobilen Pflege kann auch hier aufgrund fehlender Daten nur anhand älterer Studien skizziert werden. In Österreich (ohne Niederösterreich) waren 2007 insgesamt 7.624 Pflegepersonen (VZÄ) im Einsatz¹. Die Sozialbetreuungsberufe waren zum Erhebungszeitpunkt nur in Oberösterreich eingeführt und stellen mit 551

¹

Niederösterreich würde diese Zahl noch erhöhen, da diese aber „Köpfe“ angab, können sie nicht hinzugezählt werden.

VZÄ die kleinste Berufsgruppe dar. Der gehobene Dienst und die Pflegehilfe sind etwa in gleichem Umfang mit je 1.392 bzw. 1.355 VZÄ vertreten. Den höchsten Anteil stellt die Heimhilfe mit 4.326 VZÄ dar (vgl. Tabelle 3.13).

Tabelle 3.13:
Mobile Dienste (VZÄ) Versorgungssituation 2007

	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Burgenland	32,7	--	29,3	81,8	143,8
Kärnten	112,6	--	233,1	239,5	585,2
Niederösterreich	870,0	--	958,0	1.987,0	3.815,0
Oberösterreich	235,3	550,4	--	137,3	923,0
Salzburg	126,7	--	68,8	218,8	414,3
Steiermark	253,1	--	301,2	243,1	797,4
Tirol	160,0	--	152,0	155,0	467,0
Vorarlberg	127,6	--	16,2	256,7	400,5
Wien	344,0	--	555,0	2.994,0	3.893,0
Österreich (ohne NÖ)	1.392,0	550,4	1.355,6	4.326,2	7.624,2

Anmerkungen

Burgenland = VZÄ auf Basis 38 Stunden/Woche

Kärnten = Versorgungssituation bezieht sich auf das Jahr 2006

Niederösterreich = Bei den Zahlen handelt es sich um „Köpfe“; FDSB + PH wurden gesamt angegeben

Vorarlberg = FDSB wird nicht differenziert erhoben; wenn FDSB eingesetzt werden, wurden diese unter „PH“ subsumiert

Wien = Versorgungssituation bezieht sich auf das Jahr 2006

mobile Dienste = umfassen medizinische Hauskrankenpflege, Hauskrankenpflege, Alten- und Pflegehilfe sowie Heimhilfe

DGKP = Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen

FDSB = Fach-Sozialbetreuer/innen bzw. Diplom-Sozialbetreuer/innen inkl. Altenfachbetreuer/innen

PH = Pflegehelfer/innen

HH = Heimhilfen

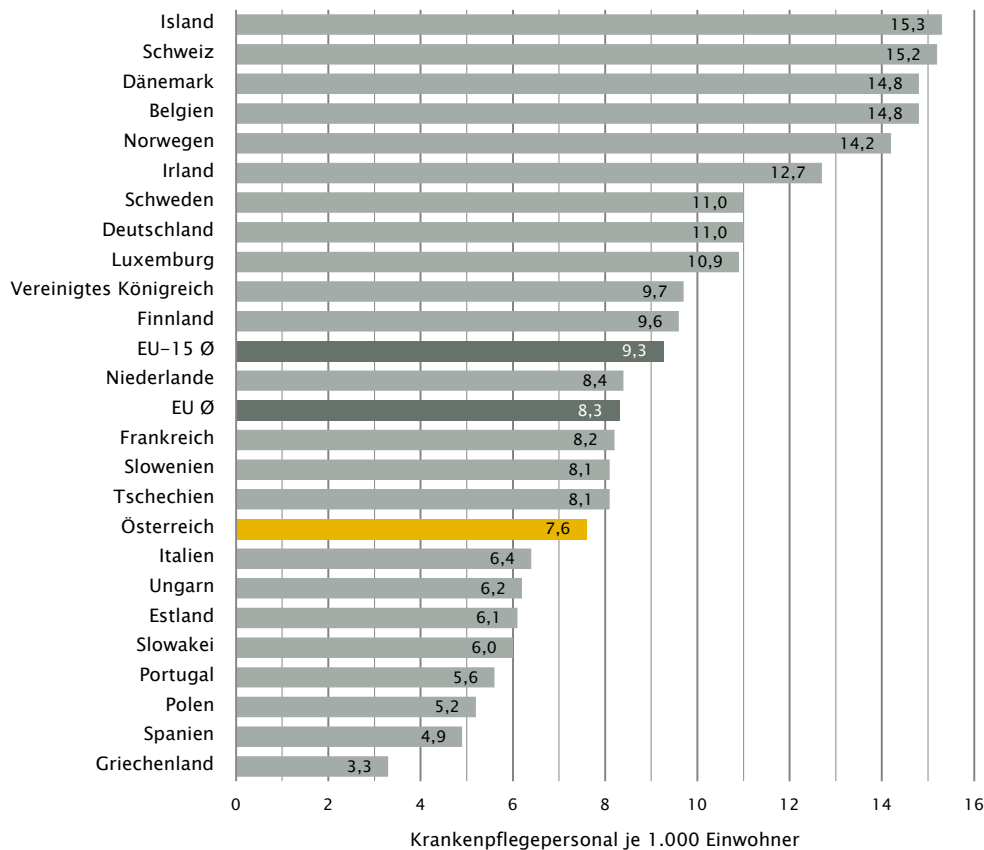
VZÄ = Vollzeitäquivalente (Basis 40 Stunden Woche, z. B. Arbeitszeit 20 h/Woche = 0,5 VZÄ)

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2008
Erhebung und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2008

3.6.4 Versorgungsdichte mit Pflegepersonal im europäischen Vergleich

Die Darstellung des Pflegepersonal bezogen auf 1.000 Einwohner/innen gibt Auskunft über Versorgungsdichte in einem Land und bietet dadurch auch einen Vergleich. In Österreich beträgt die Versorgungsdichte 7,6. Der EU-15-Durchschnitt liegt bei 9,3. Über dem EU-15-Durchschnitt liegen u. a. Island (15,3), die Schweiz (15,2), Dänemark (14,8), Belgien (14,8), Norwegen (14,2) und Irland (12,7). Unter dem EU-15-Durchschnitt von lagen u. a. Griechenland (3,3), Spanien (4,9) und Polen (5,2), siehe Abbildung 3.3 (Bachner et al. 2012, 45).

Abbildung 3.3:
Europäischer Vergleich: Krankenpflegepersonal je 1.000 Einwohner/innen



Inkludiert ist auch Krankenpflegepersonal, das z. B. als Manager, Auszubildende, Forscher etc. tätig ist: AT, BE, EL, FR, IE, IT, IS, PT. Österreich meldet beispielsweise nur in Krankenanstalten angestelltes Krankenpflegepersonal, während Daten von Italien alle zur Berufsausübung berechtigten Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger umfassen.

Berechnung mit jüngsten verfügbaren Werten: 2006: LU, IE; 2008: CH, NO, SE, FI, NL

Quelle: (OECD 2011)

3.6.5 Personenbetreuer/innen

Pflege und Betreuung zu Hause können nicht mehr von Familien alleine geleistet werden und das Dienstleistungsangebot im Rahmen der mobilen Dienste scheint den Bedarf nicht vollkommen zu decken. Daher hat sich als familienersetzender Dienst die Gruppe der Personenbetreuer/innen etabliert. Diese übernimmt während 24 Stunden die Betreuung von pflegebedürftigen Personen zu Hause. Anfänglich handelte es sich

dabei um Schwarzarbeit, seit Juli 2007 ist diese Dienstleistung im Rahmen des Hausbetreuungsgesetzes als Gewerbe zur Personenbetreuung geregelt. Es besteht die Möglichkeit als unselbständige/r Personenbetreuer/in oder als selbständige/r Personenbetreuer/in diese Dienstleistung anzubieten. Registriert werden die Personenbetreuer/innen bei der Wirtschaftskammer. Im Juni 2012 waren in der Wirtschaftskammer 34.347 Personen als aktiv tätige **Personenbetreuer/innen** registriert. Das bedeutet, dass in Österreich deutlich mehr Personenbetreuer/innen arbeiten als Pflegepersonen in mobilen Diensten. Seit Etablierung der Personenbetreuer/innen zeigt sich eine deutliche Zunahme dieser Dienstleistung: Ende 2007 waren 510 Personen bei der Wirtschaftskammer registriert, 2008 bereits 13.357, 2009 waren es 19.950, 2010 stieg die Anzahl auf 26.679 und 2011 auf 32.514. Im 3. Quartal 2012 waren es bereits 35.347¹. Die Wirtschaftskammer weist jedoch darauf hin, dass die Zahlen der ersten Jahre vorsichtig zu verwenden sind, da diese nicht die reale Anzahl der Personenbetreuer/innen widerspiegelt, sondern eher die Tendenz der Personen, sich aus anderen Dienstverhältnissen in Richtung Gewerbeanmeldung zu bewegen. Ab wann tatsächlich die reale Anzahl wiedergegeben wird, kann nicht gesagt werden, da die Schattenwirtschaft in diesem Bereich nach wie vor eine Rolle spielt. Dennoch zeigt sich, wie bedeutsam dieser Sektor ist, denn innerhalb von drei Jahren (3. Quartal 2009 verglichen mit dem 3. Quartal 2012) kam es zu einer Steigerung um 40 Prozent. Personenbetreuer/innen unterstützen pflegebedürftige Personen, indem auch pflegerische Aufgaben an sie delegiert werden und deren Durchführung bestenfalls vom gehobenen Dienst angeordnet und qualitätsgesichert ist.

3.6.6 Skill-Mix

Aufgrund der Datenlage kann keine Darstellung des Skill Mix erfolgen. Zwischen den Settings zeigt sich, dass in den Fonds-Krankenanstalten das Verhältnis zwischen DGKP und Pflegehelferinnen/-helfern liegt bei 81 Prozent DGKP und 19 Prozent Pflegehelfer/innen, während in Alten- Pflegeheimen etwa 50 Prozent DGKP, 40 Prozent Pflegehilfe und 10 Prozent sonstige Dienste angestellt sind. In der mobilen Pflege hingegen dominieren die Heimhelfer/innen mit rund 56 Prozent, gefolgt von Pflegehilfe und Sozialbetreuungsdiensten, die ein Viertel der Angestellten ausmachen, und 18 Prozent DGKP.

Die Daten weisen jedoch darauf hin, dass vor allem in den mobilen Diensten sowie in der stationären Alten- und Behindertenbetreuung bereits auf Ebene der Grundausbildungen zwischen den Bundesländern deutliche Unterschiede in der Versorgungsdichte

¹

Quelle: Mitgliederstatistik der Wirtschaftskammer Österreichs; Berufszweigmitgliedschaften des BZ Personenbetreuer im FV 126, Gewerbliche Dienstleister (E-Mail-Auskunft)

der Bevölkerung sowie der Personalzusammensetzung in den Einrichtungen/Organisationen zu erkennen sind. Zudem existiert keine österreichweit einheitliche Vorgabe für die Personalzusammensetzung. Da keine zusätzlichen Informationen über die Qualität der erbrachten Leistungen vorhanden sind, kann kein Rückschluss über eine günstige oder ungünstige Personalausstattung getroffen werden. Inwieweit Expertinnen/Experten für einzelne Themenbereiche bereits heute zum Einsatz kommen, ist nicht dokumentiert (vgl. Rappold/Rottenhofer 2011).

In den Fonds-Krankenanstalten zeigt sich die Dominanz der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege gegenüber der deutlich kleineren Gruppen der Kinder- und Jugendlichenpflege sowie der Psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege. Aufgrund fehlender Informationen können keine weiteren Differenzierungen nach Sonderausbildungen getroffen werden, dennoch wäre es interessant zu wissen, wie hoch der Anteil an den diversen Sonderausbildungen im Verhältnis zu AGuK ist. Dies ist vor allem auch interessant, wenn es um die Diskussion Beibehaltung der drei Zweige in der Grundausbildung oder Spezialisierung nach einer generalistischen Grundausbildung geht.

Pflegepersonen mit akademischer Spezialisierung im Sinne von Advanced Practic Nurses sind derzeit nicht dokumentiert, ebenso wenig der Einsatz von Pflegewissenschaftler/innen oder anderen Expertinnen/Experten im Bereich der Pflege.

Aufgrund der veränderten gesellschaftlichen Bedarfslagen, des medizinisch-technischen Fortschrittes, der steigenden Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung und zunehmenden Komplexität des Versorgungsangebotes zeichnet sich bereits eine Spezialisierung bzw. Vertiefung im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe ab. Diese führen zu einer Erweiterung des Handlungsfeldes der Berufe, zur Übernahme von neuen Aufgaben, zur Übernahme von Aufgaben anderer Berufe, zur Abgabe von Aufgaben sowie zur Neugestaltung der interprofessionellen Zusammenarbeit.

3.6.7 Ausblick

Pflegepersonalprognosen im europäischen Raum weisen für die Zukunft einen bedeutsamen Mangel bzw. Zusatzbedarf an Pflegepersonen aus. Dieser ergibt sich einerseits aufgrund der Bedarfsentwicklung in der Bevölkerung, und andererseits aufgrund der bevorstehenden Pensionierung der „Babyboomergenerationen“ auch beim Pflegepersonal. Das heißt für die nähere Zukunft muss mehr pflegerischer Nachwuchs ausgebildet und gewonnen werden und die Personalbindung im Pflegebereich muss erhöht werden (Dussault et al. 2010; Rottenhofer et al. 2012b; Ruedin/Weaver 2009; Zsifkovits et al. 2012).

Um das Handlungsfeld Pflege den Anforderungen entsprechend bedarfs- und kompetenzorientiert zu gestalten, müssen Aufgabenwahrnehmung und Personaleinsatz kritisch reflektiert und ggf. angepasst und erweitert werden. In Skill- und Grade-Mix-Projekten hat diese Arbeit auf regionaler bzw. Trägerebene bereits begonnen. Das Wesentlichste dabei ist, alle Berufsgruppen im jeweiligen Handlungsfeld bzw. der jeweiligen Einrichtung einzubeziehen und einen berufsgruppenübergreifenden und kompetenzorientierten Ansatz zu verfolgen wird (Abt 2007; Ludwig et al. 2009). Um die Auswirkungen von Veränderungen in der Aufgabenwahrnehmung und der Personalstruktur auf die Pflegequalität bei Patientinnen/Patienten, Klientinnen/Klienten und Bewohnerinnen/Bewohnern beurteilen zu können, ist die Erhebung und Auswertung pflegesensitiver Ergebnisindikatoren nötig (Aiken 2011).

3.7 Lernergebnisse durch die Aus- und Sonderausbildungen

Im Rahmen einer umfassenden Befragung von Personen der gesamten Pflegepraxis in Österreich (siehe Punkt 2.5.2) wurde erhoben, in welchem Ausmaß die für den Einstieg in die Berufstätigkeit nötigen Kompetenzen vorhanden sind. Die Ergebnisse der Fragebogenbefragung wurde mit einer Expertengruppe im Rahmen eines Validierungsworkshops diskutiert und abschließend pro zentrale Aufgabe bewertet, um ein überschaubares und diskussionsfähiges Ergebnis zu erhalten. Grundlage dieser Bewertung waren alle in der Befragung erhobenen zentralen Aufgaben mit den jeweiligen Antworten. Besonderes Augenmerk wurde dabei auf die Differenz in der Bewertung der theoretischen und praktischen Ausbildung gelegt. Kritisch reflektiert wurde auch die tendenziell positive Beurteilung durch Ausbildungsverantwortliche. In Summe entstand ein differenziertes Bild zur theoretischen und praktischen Ausbildung und zur Umsetzung der Lernergebnisse in der Praxis.

Tabelle 3.14:
Eckdaten zu befragten Personen

	Anzahl	Frauen	Männer	Jünger als 30	30 bis 39 J.	40 bis 49 J.	Älter als 50 J.
	Prozent						
Mittleres Management – Pflege- dienstleitungen	70	91	9	4	16	54	26
Mittleres Management – Absolv.	146	79	21	4	30	53	12
SAB Führungsaufgaben – Pflege- dienstleitungen	89	85	15	1	11	49	38
Lehre – Absolv.	66	73	27	11	41	42	6
Lehre – Leitung – Absolv.	37	75	25	3	9	38	50
Lehre – Schuldirektorinnen/ –direktoren	34	74	26	0	6	44	50
SAB Operationsbereich – Praxis	27	88	12	0	17	70	13
SAB Operationsbereich – Absolv.	91	85	15	20	35	33	12
SAB Nierenersatztherapie – Praxis	18	76	24	6	12	59	24
SAB Nierenersatztherapie – Absolv.	48	72	28	20	30	38	12
SAB Intensiv Praxis	34	70	30	9	41	44	6
SAB Intensiv Absolv.	107	75	25	32	41	22	5
SAB Anästhesie Praxis	13	69	31	9	41	44	6
SAB Anästhesie Absolv.	42	60	40	32	41	22	5
SAB Hygiene – Absolv.	48	72	38	2	19	64	15
Diplomierte – Praxis	267	89	11	22	26	40	12
Diplomierte – Absolv.	161	90	10	70	14	14	2
Pflegehilfe – Praxis	179	88	12	18	29	39	14
Pflegehilfe – Absolv.	217	88	12	37	25	30	8

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

3.7.1 Grundausbildungen gehobener Dienst

Bewertung der Lernergebnisse in Zusammenschau

In Summe wurde das Lernergebnis im Rahmen des Expertenworkshops für die Grundausbildung zum gehobenen Dienst mit befriedigend bewertet. Dies bedeutet, dass die Lernergebnisse im Allgemeinen den Anforderungen entsprechen (siehe Tabelle 3.15).

Tabelle 3.15:

Bewertung der Ausbildung als Vorbereitung für zentrale Anforderungen bei Berufseinstieg (Lernergebnisse), gehobener Dienst

Gehobener Dienst (Aufgaben und Anforderungen)	Schulnoten
Körpernahe Unterstützung leisten im Bereich LA/ATL	2
Sicherheit gewährleisten	2
Wundversorgung	2
Arbeit nach Handlungsschemata/Vorgaben	2
Interdisziplinäre Zusammenarbeit	2
Prophylaxen, Gesundheitsförderung und Prävention	3
Entlastung pflegender Angehöriger	3
Palliative Pflege und Schmerzmanagement	3
Medikamentengebarung	3
Beobachten von Gesundheitszustand, sozialen Beziehungen und Allgemeinzustand	3
Anwendung des Pflegeprozess	3
Anleitung/Schulung von Auszubildenden und Praktikantinnen/Praktikanten	3
Anwendung von Grundhaltungen und Prinzipien	3
Medizinisch-pflegerische Kenntnisse	3
Psychosoziale Alltagsbegleitung/Milieugestaltung	4
(Therapeutische) Kommunikation und zwischenmenschliche Beziehungen	4
Bewältigung von Ausnahme- und Krisensituationen	4
Mitwirkung bei medizinischer Diagnostik und Therapie	4
Organisation/Koordination und Administration	4
Vorbereitung auf spezifische Zielgruppen durch die Ausbildung	4
Delegation von Aufgaben und Tätigkeiten	5
Gesamtnote (Mittelwert)	3

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Theorie-Praxis-Transfer

Im Rahmen der Praxisbefragung konnten die jeweiligen zentralen Aufgaben und pflegerische bzw. medizinische Kenntnisse sowie die zielgruppenspezifischen Kenntnisse mit tadellos, ausreichend, mangelhaft oder ungenügend bewertet werden. Für die Auswertung fassten wir tadellos und ausreichend zusammen, da wir davon ausgehen, dass Pflege auf zumindest ausreichendem Niveau angeboten werden muss. Die Absolventinnen/Absolventen sollten beurteilen, inwieweit sie im Rahmen der theoretischen bzw. praktischen Ausbildung auf diese zentralen Aufgaben, die medizinisch-pflegerischen Kenntnisse und Zielgruppen vorbereitet wurden.

Tabelle 3.16:

Bewertung der Anwendungsqualität (durch Ausbildungsverantwortliche) und Beurteilung der theoretischen und praktischen Ausbildung (durch Absolv.) im Rahmen der Pflegegrundausbildung, in Prozent

Pflegerische bzw. medizinische Kenntnisse* und zielgruppenspezifische Vorbereitung	Qualität der Anwendung ausreichend (ABV)	Theoretische Ausbildung ausreichend (Absolv.)	Praktische Ausbildung ausreichend (Absolv.)	Differenz Theorie/ Praxis Prozentpunkte
Erwachsene	94	89	89	0
Anatomie*	93	88	65	23
Hygiene und Infektionslehre*	93	93	80	13
Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen	92	84	76	8
Pathologie*	88	86	65	21
Menschen mit Stoffwechselerkrankungen	88	78	68	10
Pflegemodelle/-theorien*	87	84	54	30
Physiologie*	87	84	65	19
Ethik*	86	75	55	20
Menschen mit Lungenerkrankungen	85	73	59	14
Alte Menschen	84	88	87	1
Ernährungslehre*	83	76	51	25
Pharmakologie*	82	70	56	14
Menschen mit Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates	81	63	58	5
Gesundheitswissenschaften*	79	78	53	25
Stomaversorgung	79	55	68	-13
Spezielle medizinische Fachgebiete inklusive Diagnostik und Therapie*	77	65	52	13
Menschen mit chronischen Erkrankungen	77	71	70	1
Menschen nach Unfällen	75	52	47	5
Patienten- und Familienedukation*	71	38	31	7
Pädagogik*	68	34	28	6
Menschen mit onkologischen Erkrankungen	62	50	36	14
Pflegeprinzipien/-konzepte*	59	77	49	28
Menschen mit Behinderungen	57	39	34	5
Säuglinge	55	27	22	5
Pflege in Spezialbereichen wie OP, Intensiv, ...	53	34	24	10
Pflegewissenschaft und Pflegeforschung*	52	69	41	28

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 3.16 – Seite 2 von 2

Pflegerische bzw. medizinische Kenntnisse* und zielgruppenspezifische Vorbereitung	Qualität der Anwendung ausreichend (ABV)	Theoretische Ausbildung ausreichend (Absolv.)	Praktische Ausbildung ausreichend (Absolv.)	Differenz Theorie/ Praxis Prozentpunkte
Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen	52	50	37	13
Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen	52	39	27	12
Menschen mit allgemein-psychiatrischen Erkrankungen	50	43	25	18
Menschen aus anderen Kulturkreisen	46	38	30	8
Frühgeborene	39	10	14	-4

Die mit einem * versehenen Begriffe sind entweder pflegerische oder medizinische Kenntnisse.
Ein Minus als Vorzeichen in der Spalte Differenz Theorie/Praxis bedeutet, die praktische Ausbildung bildet besser aus als die theoretische.

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Aus Tabelle 3.16 geht hervor, dass zwischen den einzelnen ausbildungsrelevanten Themenbereichen die Qualität der Anwendung¹ des erlernten Wissen bzw. der Fertigkeiten und Fähigkeiten deutlich schwankt. Besonders gut scheint der Transfer im Bereich Pflege von Erwachsenen, Hygiene und Infektionslehre, Anatomie sowie die Pflege von Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu funktionieren. Interessant ist jedoch, dass am anderen Ende der Skala der Transfer im Umgang mit Menschen aus anderen Kulturkreisen weniger gut gelingt. Auch für zunehmend an Bedeutung gewinnende spezielle Zielgruppen wie Menschen mit Behinderungen, psychisch erkrankte Menschen oder gerontopsychiatrische Erkrankungen gelingt die Vorbereitung durch die Ausbildung nur teilweise.

Themenbereiche, die dem eigenverantwortlichen Tätigkeitsfeld zugeordnet werden können, wie Pflegewissenschaft und -forschung oder Pflegeprinzipien und -konzepte, finden nur mäßig Umsetzung in der täglichen Arbeit. Etwas besser scheint dies mit Pflegemodellen und -theorien zu gelingen.

¹ Wie gut führen Berufsanfänger/innen die betreffende Aufgabe/Tätigkeit im Allgemeinen durch (Fremdbeurteilung)? Die Antwortkategorien im Rahmen der Befragung waren tadellos, ausreichend, mangelhaft und ungenügend, wobei in der Auswertung tadellos und ausreichend zusammengefasst wurden.

Vergleich theoretische – praktische Ausbildung

Die Ausbildung umfasst zu nahezu gleichen Teilen einen theoretischen und praktischen Teil. Während die theoretische Ausbildung in der Regel von den GuK-Schulen geleistet wird, erfolgt die praktische Ausbildung in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen. Die Absolventinnen/Absolventen wurden befragt, inwieweit sie im Rahmen der theoretischen bzw. praktischen Ausbildung auf die jeweiligen Aufgaben vorbereitet wurden. Die Auswertung zeigt, dass in fast allen Fällen die theoretische Ausbildung besser vorbereitet als die praktische. Tabelle 3.16 zeigt einerseits den Anteil der Absolventinnen/Absolventen, die die Vorbereitung in der jeweiligen Ausbildung mit ausreichend bewertet haben, sowie die Differenz, die sich aus der Bewertung der theoretischen und praktischen Ausbildung ergibt¹. Die durchschnittliche Differenz der oben angeführten Themenbereiche beträgt knapp 12 Prozentpunkte. Gesamtheitlich betrachtet fällt auf, dass diese Differenz bei eher „patientenfernen“, theoretischen Themen zunimmt. Diesbezüglich fällt auf, dass die größten Differenzen zwischen der theoretischer und praktischer Ausbildung im eigenverantwortlichen Bereich zu finden sind. Sowohl für Pflegewissenschaft und Pflegeforschung, für Pflegeprinzipien/-konzepte als auch bei Pflegemodellen/-theorien liegt der Unterschied bei knapp 30 Prozentpunkten.

Auch in anderen, nicht in der Tabelle abgebildeten Aufgabenbereichen lassen sich deutliche Unterschiede zwischen der theoretischen und praktischen Ausbildung feststellen. Dieser Unterschied beträgt im Durchschnitt 11 Prozentpunkte. Allerdings gibt es Aufgabenbereiche, wie z. B. die Anleitung/Schulung von Auszubildenden und Praktikantinnen/Praktikanten, in welchen die praktische Ausbildung etwas besser als die theoretische abschneidet. Besonders groß fällt der Unterschied für einzelne Aufgaben im Tätigkeitsbereich Mitwirkung bei medizinischer Diagnostik und Therapie aus: zum Beispiel beträgt der Unterschied für die Aufgabe „Blasendauerkatheter bei Männern/Knaben setzen“ 39 Prozentpunkte – d.h. die theoretische Ausbildung bildet in diesem Fall um 39 Prozentpunkte besser aus als die praktische – während er für „Nähte/Klammern entfernen“ bei nur einem Prozentpunkt liegt. Insgesamt liegt im mitverantwortlichen Aufgabenbereich der Unterschied zwischen theoretischer und praktischer Ausbildung mit 15 Prozentpunkten sogar über dem Durchschnitt. Die Divergenz zwischen theoretischer und praktischer Ausbildung ist im Aufgabenbereich palliative Pflege und Schmerzmanagement mit 25,3 Prozentpunkten am größten.

¹

In Prozentpunkten wird die Differenz in der Bewertung der theoretischen und praktischen Ausbildung dargestellt. Ein Minus bedeutet, dass die praktische Ausbildung besser vorbereitet, kein Vorzeichen, dass die theoretischen Ausbildung besser vorbereitet.

Einzig Stomaversorgung und Pflege von Frühgeborenen werden im Rahmen der praktischen Ausbildung besser vermittelt. Wobei sich aufgrund des speziellen Themas für Letzteres insgesamt ein eher geringer Anteil an Absolventinnen/Absolventen ausreichend vorbereitet fühlt.

Am besten vorbereitet fühlen sich die Absolventinnen/Absolventen durch die **theoretische Ausbildung** für die Themenbereiche Hygiene und Infektionslehre, die Pflege von Erwachsenen, die Pflege von alten Menschen, für Anatomie, Pathologie, die Pflege von Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Physiologie, Pflegemodelle/-theorien, die Pflege von Menschen mit Stoffwechselerkrankungen, Gesundheitswissenschaften, Pflegeprinzipien/-konzepte, Ernährungslehre und Ethik. Für diese Themen gaben 93 bis 75 Prozent der Absolventinnen/Absolventen an, sich ausreichend vorbereitet zu fühlen. Theoretisch am wenigsten vorbereitet fühlen sie sich für die Pflege von Frühgeborenen, die Pflege von Kindern/Jugendlichen, die Pflege von Säuglingen, die Pflege in Spezialbereichen wie OP, Intensiv, für Patienten- und Familienedukation, die Pflege von Menschen aus anderen Kulturkreisen, die Pflege von Menschen mit Behinderungen, die Pflege von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, die Pflege von Menschen mit allgemein-psychiatrischen Erkrankungen, die Pflege von Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen sowie die Pflege von Menschen mit onkologischen Erkrankungen.

Durch die **praktische Ausbildung** fühlen sich Absolventinnen/Absolventen in den Themenbereichen Pflege von Erwachsenen, Pflege von alten Menschen, Hygiene und Infektionslehre sowie Pflege von Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen ausreichend vorbereitet (89 bis 76 % der Absolventinnen/Absolventen).

Unterschiede zwischen den drei Grundausbildungen

Zwischen den Zweigen AGuK und der KijP ergeben sich im Rahmen der **praktischen und theoretischen Ausbildung, der Häufigkeit der Anforderung sowie in der Vorbildung der Schüler/innen teilweise** hoch signifikante Unterschiede ($p \leq 0,01$). Zum Beispiel fühlen sich Angehörige der AGuK sowohl durch die theoretische als auch praktische Ausbildung für die Pflege von alten Menschen ausreichend ausgebildet. Wenig überraschend fühlen sich die Angehörigen der KijP umgekehrt für die speziellen Zielgruppen besser vorbereitet. Interessant ist jedoch, dass Absol. der KijP signifikant häufiger Venenpunktionen in der praktischen Ausbildung durchführen, die Absol. der AGuK sich darauf jedoch durch die theoretische Ausbildung besser vorbereitet fühlen.

Auf die Darstellung von Unterschieden zwischen der AGuK und PsyGuK muss aufgrund der zu geringen Anzahl an Fragebögen aus dem Bereich der Psychiatrie verzichtet werden.

Tabelle 3.17:

Hoch signifikante Unterschiede zwischen Absolventinnen/Absolventen der AGuK und der KijP

Unterschied in	Themenbereich	AGuK	KijP
der theoretischen und praktischen Ausbildung bei	Alte Menschen	**	
	Erwachsene	**	
	Menschen mit Demenz	**	
	Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen	**	
	Säuglinge		**
	Frühgeborenen		**
	Kinder/Jugendliche		**
	Fürsorgefähigkeit der Eltern einschätzen, Unterstützungsbedarf diagnostizieren, Maßnahmen planen und umsetzen		**
	Blasendauerkatheter bei Frauen/Mädchen setzen	**	
	Mobilisieren therapeutisch	**	
	Dosisanpassungen innerhalb vorgegebener (Korrektur)Schemata vornehmen (z. B. Insulin, Schmerzmedikation, Sedativa)	**	
	Mütter beim Stillen anleiten und unterstützen und beraten		**
	der theoretischen Ausbildung bei	Anatomie	**
Zu- und Ableitungen setzen		**	
Kontinenztrainingsprogramme planen, durchführen, evaluieren		**	
Mobilisieren allgemein		**	
der praktischen Ausbildung bei	Sehr kleine bzw. kranke Säuglinge bei der Verabreichung von Nahrung bzw. Pfle gehandlungen handhaben:		**
	Pflege von Menschen mit Behinderungen	**	
	Pflege von Menschen aus anderen Kulturkreisen		**
	Erziehungsaufgaben übernehmen bzw. dabei mitwirken		**
der Häufigkeit der Anforderung für	Nasogasterale Sonden setzen		**
	Venenpunktion zur Blutabnahme durchführen		**
	Mobilisieren allgemein	**	
in der Vorbildung	Nasogasterale Sonden setzen		**
	Erziehungsaufgaben übernehmen bzw. dabei mitwirken		**
	Matura bzw. Maturaäquivalent		**

* = bedeutet in dieser Gruppe findet sich die Signifikanz

** = bedeutet hoch signifikant ($p < 0,01$)

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Unterschiede zwischen den Settings

Tabelle 3.18 stellt signifikante Unterschiede zwischen den Settings dar. Beispielsweise zeigen sich Unterschiede in der Häufigkeit der Anforderung, so wird die Tätigkeit „Angehörige/Eltern, Freunde, Ehrenamtliche zur Erreichung der Therapie- und Pflegeziele einbinden“ in Krankenhäusern deutlich seltener durchgeführt. 70 Prozent der Befragten aus dem Setting „Krankenhaus“ gaben an, dass diese Anforderung seltener oder nie durchgeführt würde. Ein mit 67 Prozent beinahe ebenso hoher Anteil der Befragten aus „Alten- und Pflegeheimen“ gab hingegen an, diese Tätigkeit täglich oder wöchentlich durchzuführen.

Tabelle 3.18:
Unterschiede zwischen den Settings

	Krankenhaus	Alten- und Pflegeheim	Mobile Pflege
nach Häufigkeit der Anforderung			
Angehörige/Eltern, Freunde, Ehrenamtliche zur Erreichung der Therapie- und Pflegeziele einbinden	70 % seltener oder nie	67 % tägl. oder wöchentl.	
Anleitungs-/Schulungserfolg überprüfen, rückmelden und beurteilen	53 % tägl. oder wöchentl.	53 % tägl. oder wöchentl.	69 % seltener oder nie
Auszubildende/Praktikanten/Praktikantinnen im Rahmen der täglichen Arbeit anleiten und schulen (vorzeigen, erklären, hinterfragen, korrigieren)	76 % tägl. oder wöchentl.	69 % tägl. oder wöchentl.	48 % seltener oder nie
Blasendauerkatheter bei Frauen/Mädchen setzen	53 % tägl. oder wöchentl.	42 % tägl. oder wöchentl.	81 % seltener oder nie
Entscheiden, ob Case Management oder Entlassungsmanagement notwendig ist und entsprechende Vorkehrungen treffen	64 % tägl. oder wöchentl.	70 % seltener oder nie	67 % seltener oder nie
Grundpflege in speziellen therapiebedingten komplexen Situationen durchführen	79 % seltener oder nie	66 % seltener oder nie	81 % seltener oder nie
Schulungs-/Lernziele mit der auszubildenden/einzuschulenden Person vereinbaren	60 % tägl. oder wöchentl.		67 % seltener oder nie
Unterstützungs-/Schulungsbedarf bei pflegenden Angehörigen feststellen und entsprechende Maßnahmen übernehmen oder in die Wege leiten (z. B. Körperhygiene, Ernährung, Umgang mit der Erkrankung)	60 % seltener oder nie	66 % seltener oder nie	79 % tägl. oder wöchentl.
Wissen/Ausbildungsstand/Erfahrung der Auszubildenden bzw. Praktikanten/Praktikantinnen erheben und den Schulungsbedarf feststellen	60 % tägl. oder wöchentl.		67 % seltener oder nie
nach soll in Ausbildung berücksichtigt werden			
Gruppen leiten	36 % ja, 36 % nein	73 % ja, 6 % nein	
nach Qualität der Durchführung			
Gesundheitswissenschaften, insbesondere Public Health, Gesundheitsförderung, Prävention, Gesundheitsvorsorge und Gesundheitserziehung	78 % tadellos oder ausreichend		86 % tadellos oder ausreichend

tägl. = täglich / wöchentl. = wöchentlich

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Conclusio

Diese Ergebnisse belegen einerseits, dass es zwischen dem Qualifikationsprofil am Ende einer Ausbildung und dem Kompetenzprofil der Gesundheits- und Krankenpflege (ohne Sonderausbildung) erhebliche Unterschiede gibt. Es zeigt sich, dass Absolventinnen/Absolventen für jene Themenbereiche, die erst aufgrund von Erfahrung oder zusätzlicher Ausbildung umgesetzt werden können, tendenziell eher schlechter vorbereitet sind. Dabei handelt es sich jedoch um besonders relevante Aufgaben wie Patientenedukation, palliative Pflege oder Pflegewissenschaft und -forschung (Grundbegriffe und Forschungsergebnisse), aber auch Pflegekonzepte und -prinzipien. Die Differenz zwischen der theoretischen und praktischen Ausbildung stellt für die Gestaltung der künftigen Ausbildung ein relevantes Thema dar. In der dualen Ausbildung kommt dem Praxisfeld eine zentrale Rolle zu – diese Erwartungen werden nicht ausreichend erfüllt (was zum Beispiel im eigenverantwortlichen Bereich auffällt), es gilt daher über die Einführung eines dritten Lernortes (Lehrstationen, Skillslabs), das bestimmte Qualitätskriterien zu erfüllen hat und regelmäßig evaluiert wird, nachzudenken, damit transferorientiertes Lernen stärker in den Vordergrund tritt. Das angeleitete Praktikum sowie die Praxisanleitung reichen für die Unterstützung des Theorie-Praxis-Transfers nicht aus. Inwieweit der Einsatz von Lehrerinnen/Lehrern in Theorie und Praxis zur Verbesserung der Lernergebnisse beitragen kann, ist lösungsorientiert zu überdenken, ebenso wie es in Zeiten abnehmender Ressourcen gelingt, die Praxisanleitung zu verbessern. Die Verantwortung für die theoretischen und praktische Ausbildung liegt derzeit bei dem/r Schuldirektor/in. Ihre/Seine Einflussmöglichkeiten auf die Gestaltung der Rahmenbedingungen für die praktische Ausbildung sind kaum vorhanden. Die Entscheidungsbefugnisse für die praktische Ausbildung insb. für die Strukturqualität vorort, liegen de facto bei der Pflegedirektion bzw. der Einrichtung selbst.

3.7.2 Pflegehilfe

Bewertung der Lernergebnisse in Zusammenschau

Für die **Pflegehilfe** wurden 20 relevante Aufgaben definiert, diese überschneiden sich teilweise mit jenen des gehobenen Dienstes, wobei sich jedoch die zugrunde liegenden Kenntnisse und Fertigkeiten unterscheiden. In Summe wird das Lernergebnis für die **Pflegehilfeausbildung** mit befriedigend bewertet. Dies bedeutet, dass die Lernergebnisse im Allgemeinen den Anforderungen entsprechen.

Tabelle 3.19:

Bewertung der Ausbildung als Vorbereitung für zentrale Anforderungen bei Berufseinstieg (Lernergebnisse), Pflegehilfe

Pflegehilfe (Aufgaben und Anforderungen)	Schulnoten
Sicherheit gewährleisten	1
Grundpflege und Selbstkompetenztraining	2
Prophylaxen	2
Kommunikation	2
Entlastung pflegender Angehöriger	2
Medikamentengebarung	2
Wundversorgung	2
Beobachten des Gesundheitszustandes	2
Hauswirtschaftliche Aufgaben	2
Mobilisation	3
Psychosoziale Alltagsbegleitung/Milieugestaltung	3
Individuelle und berufliche (Weiter)entwicklung	3
Grundhaltungen und Prinzipien	3
Handlungsschemata/Vorgaben	3
Interdisziplinäre Zusammenarbeit	3
Medizinisch-pflegerische Grundkenntnisse	3
Ausnahme- und Krisensituationen	4
Sonstige Aufgaben im Rahmen des Pflegeprozesses	4
Dokumentation	4
Zielgruppenspezifische Kenntnisse	4
Gesamtnote (Mittelwert)	3

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Theorie-Praxis-Transfer

Tabelle 3.20:

Bewertung der Anwendungsqualität (durch Ausbildungsverantwortliche) und Beurteilung der theoretischen und praktischen Ausbildung (durch Absolventinnen/Absolventen) im Rahmen der Pflegehilfeausbildung, in Prozent

Pflegerische bzw. medizinische Kenntnisse* und zielgruppenspezifische Vorbereitung	Qualität der Anwendung ausreichend (ABV)	Theoretische Ausbildung ausreichend (Absolv.)	Praktische Ausbildung ausreichend (Absolv.)	Differenz Theorie/ Praxis Prozentpunkte
Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen	97	33	27	6
Menschen mit chronischen Erkrankungen	97	56	54	2
Menschen mit Demenz	97	70	60	10
Alte Menschen	97	90	83	7
Menschen mit Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates	96	48	41	7
Erwachsene	96	64	63	1
Menschen mit Stoffwechselerkrankungen	95	33	29	4
Menschen mit onkologischen Erkrankungen	93	28	23	5
Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen	93	49	41	8
Menschen mit Lungenerkrankungen	92	49	41	8
Ernährung*	91	84	75	9
Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen	91	33	27	6
Menschen mit Behinderungen	91	37	31	6
Menschen nach Unfällen	89	30	31	-1
Menschen mit allgemein-psychiatrischen Erkrankungen	89	33	29	4
Menschen aus anderen Kulturkreisen	86	41	26	15
Anatomie*	80	78	69	9
Hygiene und Infektionslehre*	80	92	87	5
Gesundheitsförderung*	77	78	69	9
Physiologie*	74	77	62	15
Pathologie*	63	71	54	17
Medizinische Diagnostik und Therapie	59	48	43	5
Pflegeprinzipien/-konzepte*	59	51	39	12
Pflegemodelle/-theorien*	58	64	47	17
Kinder/Jugendliche	56	11	9	2

Fortsetzung nächste Seite

Pflegerische bzw. medizinische Kenntnisse* und zielgruppenspezifische Vorbereitung	Qualität der Anwendung ausreichend (ABV)	Theoretische Ausbildung ausreichend (Absolv.)	Praktische Ausbildung ausreichend (Absolv.)	Differenz Theorie/ Praxis Prozentpunkte
Pflege in Spezialbereichen wie OP, Intensiv, Nierenersatztherapie ...	49	16	10	6
Pharmakologie*	48	63	52	11
Säuglinge	42	7	6	1
Frühgeborene	25	6	4	2

Die mit einem * versehenen Begriffe sind entweder pflegerische oder medizinische Kenntnisse.
Ein Minus als Vorzeichen in der Spalte Differenz Theorie/Praxis bedeutet, die praktische Ausbildung bildet besser aus als die theoretische.

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Aus Tabelle 3.20 geht hervor, dass zwischen den einzelnen ausbildungsrelevanten Themenbereichen die Qualität der Anwendung des erlernten Wissen bzw. der Fertigkeiten und Fähigkeiten schwankt, wenngleich deutlich mehr Bereiche gut umgesetzt werden als dies bei Absolventinnen/Absolventen des gehobenen Dienstes der Fall ist. Nur in wenigen Bereichen gelingt der Transfer in die Praxis weniger gut und zwar für die Pflege in Spezialbereichen wie OP, Intensiv, Nierenersatztherapie, Pharmakologie, die Pflege von Säuglingen und Frühgeborenen.

Vergleich theoretische – praktische Ausbildung

Die Ausbildung zur Pflegehilfe umfasst zu nahezu gleichen Teilen einen theoretischen und praktischen Teil. Während für die theoretische Ausbildung in der Regel Ausbildungsstätten zuständig sind, erfolgt die praktische Ausbildung in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialbereichs. Die Absolventinnen/Absolventen der Ausbildungen wurden befragt, inwieweit sie im Rahmen der theoretischen bzw. praktischen Ausbildung auf die jeweiligen Aufgaben vorbereitet wurden. Auch für die Pflegehilfe zeigt sich, dass in fast allen Fällen die theoretische Ausbildung besser vorbereitet als die praktische. Tabelle 3.20 zeigt einerseits den Anteil an Absolventinnen/Absolventen, die die jeweilige Ausbildung mit ausreichend bewertet haben, sowie die Differenz die sich aus der Bewertung der theoretischen und praktischen Ausbildung ergibt. In oben abgebildeter Tabelle beträgt die Differenz durchschnittlich 7 Prozentpunkte. Insgesamt ist die Differenz zwischen theoretischer und praktischer Ausbildung für die Gruppe der Pflegehilfe weniger groß als für den gehobenen Dienst. Die höchste Differenz findet sich mit 17 Prozentpunkten in den Themenbereichen Pathologie und Pflegemodelle/-theorien gefolgt von Menschen aus anderen Kulturkreisen und von Physiologie mit 15 Prozentpunkten, Pflegeprinzipien/-konzepte (12), Pharmakologie (11) und Menschen mit Demenz (10). Die geringste Differenz findet sich in der Zielgruppe „Menschen nach Unfällen“ dort bereitet die praktische Ausbildung etwas besser vor als die theoretische.

Auch in anderen, nicht in der Tabelle abgebildeten Aufgabenbereichen lassen sich Unterschiede zwischen der theoretischen und praktischen Ausbildung feststellen. Dieser Unterschied beträgt im Durchschnitt 5 Prozentpunkte und schwankt zwischen 18 und minus 6 Prozentpunkten. Die höchste Differenz gibt es in den zentralen Aufgaben: Arbeiten entlang von Handlungsschemata und Vorgaben, die Entlastung pflegender Angehöriger sowie im Falle von Krisensituationen mit je 10 Prozentpunkten. Mit 18 Prozentpunkten am höchsten wurde der Unterschied in der Tätigkeit biografiebezogene Normalität (u. a. Gewohnheiten) herstellen, festgestellt. In 2 von insgesamt 20 zentralen Aufgaben wird die praktische Ausbildung besser bewertet als die theoretische, das sind hauswirtschaftliche Aufgaben (-3,3 Prozentpunkte) und individuelle und berufliche (Weiter)entwicklung (-2,5 Prozentpunkte).

Am besten vorbereitet fühlen sich die Absolventinnen/Absolventen durch die **theoretische Ausbildung** für die Themenbereiche Hygiene und Infektionslehre, alte Menschen, Ernährung, Anatomie, Gesundheitsförderung sowie Physiologie. Für diese Themen haben 92 bis 77 Prozent der Absolventinnen/Absolventen angegeben, sich ausreichend vorbereitet zu fühlen. 70 Prozent fühlen sich für die Zielgruppe Menschen mit Demenz, 64 Prozent für Erwachsene und 56 Prozent für Menschen mit chronischen Erkrankungen ausreichend theoretisch ausgebildet. Für alle anderen Zielgruppen fühlen sich weniger als 50 Prozent ausreichend theoretisch vorbereitet.

Praktisch ausreichend ausgebildet fühlen sich 87 bis 75 Prozent der Absolventinnen/Absolventen für Hygiene und Infektionslehre, alte Menschen und Ernährung. Für knapp die Hälfte der Themenbereiche fühlen sich weniger als 50 Prozent der Befragten ausreichend ausgebildet.

Unterschiede zwischen Pflegehilfe- und Sozialbetreuungsberufsausbildung

Zwischen jenen Personen mit klassischer Pflegehilfeausbildung und jenen Personen, die zusätzlich noch einen Sozialbetreuungsberuf ergriffen haben, lassen sich hoch signifikante ($p \leq 0,01$) bzw. signifikante Unterschiede ($p < 0,05$) hinsichtlich **praktischer und theoretischer Ausbildung sowie in der Vorbildung der Schüler/innen teilweise** feststellen. Zum Beispiel fühlen sich Angehörige der SBB sowohl durch die theoretische als auch praktische Ausbildung für die konkreten Aufgaben „Erkennen von Ausnahme- und Krisensituationen“ sowie „Bezugsperson und Begleiter sein“ sowie „Sprachbarrieren erkennen und überwinden“ besser vorbereitet. Ebenso wie für die Pflege von Menschen mit Demenz“, für den Bereich Pflegeprinzipien und -konzepte sowie für die konkrete Aufgabe „Unterstützung bei der Trauerarbeit“ durch die theoretische Ausbildung. Theoretisch fundierter vorbereitet fühlen sich PH für den Themenbereich Pathologie sowie die Aufgabe „Lagerungen und Positionierungen durchführen“. In der praktischen Ausbildung fühlen sich PH für den Bereich medizinische Diagnostik und Therapie sowie für die Aufgabe Situationen einschätzen und entsprechende

Entscheidungen treffen besser vorbereitet, während SBB sich für Menschen mit Behinderung durch die praktische Ausbildung besser vorbereitet fühlen.

Tabelle 3.21:

Hoch signifikante Unterschiede (**) und signifikante Unterschiede (*) zwischen Absolventinnen/Absolventen der klassischen PH- und der SBB-Ausbildung

Unterschied in	Themenbereich	PH	SBB
der theoretischen und praktischen Ausbildung	Ausnahme- und Krisensituationen von zu Pflegenden erkennen		**
	Bezugsperson und Begleiter/in sein Erwachsene Sprachbarrieren erkennen und diese kreativ überwinden	**	** *
der theoretischen Ausbildung	Menschen mit Demenz		*
	Pflegeprinzipien/-konzepte		*
	Bei der Trauerbewältigung unterstützen Pathologie	*	*
der praktischen Ausbildung	Unterschiedliche Lagerungen/Positionierungen durchführen	*	
	Medizinische Diagnostik und Therapie	*	
	Situationen einschätzen (inkl. Erkrankungen, Therapien und Ressourcen) und entsprechende Entscheidungen treffen	*	
der Vorbildung	Menschen mit Behinderungen		*
	Matura bzw. Maturaäquivalent		*

* = bedeutet in dieser Gruppe findet sich die Signifikanz

** = bedeutet hoch signifikant ($p < 0,01$)

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Conclusio

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das Qualifikationsprofil für Angehörige der Berufsgruppe Pflegehilfe näher am Kompetenzprofil (vgl. Punkt 2.6.2) liegt als dies für den gehobenen Dienst der Fall ist. Denn einerseits scheint der Transfer des theoretischen Wissens in die Praxis gut zu gelingen und der Unterschied zwischen theoretischer und praktischer Ausbildung weniger groß zu sein. Dies mag daran liegen, dass für Angehörige der Pflegehilfe weniger konzept- und theoriegeleitetes Wissen im theoretischen Unterricht vermittelt wird, als dies beim gehobenen Dienst der Fall ist. Dadurch liegen einerseits die beiden Ausbildungsteile näher beieinander, und andererseits wird die Pflegehilfe überwiegend für die Erfordernisse der Pflege alter Menschen ausgebildet, d. h. sie ist mit stabilen und weniger komplexen Pflegesituationen befasst. Dadurch ist die Kluft zwischen Theorie und Praxis weniger groß als beim gehobenen Dienst. Darüberhinaus liegt es auch daran, dass GuKG-Schüler/innen mit

anderen Erwartungen in die Praxisausbildung gehen als dies bei Pflegehelferinnen/Pflegehelfern der Fall ist.

Zwischen den SBB und PH zeigen sich einige kleine Unterschiede in der Ausbildung, die möglicherweise über die Ausbildungsinhalte zu erklären sind. Es fällt auf dass, SBB tendenziell in jenen Bereichen besser ausgebildet sind, die auf eine Fachrichtung der SBB deuten und SBB daher für diese Themenbereich zusätzlich ausgebildet wurden, während die PH-Ausbildung keine Vertiefung erfährt. Dennoch gibt es v. a. klinische Themen, für die die PH besser ausgebildet sind. Was sich zeigt, ist, dass sich PH insgesamt für sehr viele Zielgruppen relativ wenig vorbereitet fühlen. Umgekehrt lässt sich aber auch feststellen, dass obwohl Sozialbetreuungsberufe deutlich mehr Ausbildungsstunden absolvieren, in Summe wenige Unterschiede zu finden waren.

Bedeutsam ist diese Erkenntnis für die weitere Entwicklung der Pflegehilfeausbildung mit einem klinischen Schwerpunkt sowie für den intensivierten Einsatz der Pflegehilfe für spezielle Zielgruppen.

3.7.3 Sonderausbildung Intensivpflege

Bewertung der Lernergebnisse in Zusammenschau

Für den Bereich **Intensivpflege** wurden neun Aufgaben definiert, die über jene der Grundausbildung hinausgehen, oder das dort erworbene Wissen vertiefen. In Summe wird das Lernergebnis für die Sonderausbildung Intensiv (exklusive des Moduls Kinderintensiv) mit befriedigend bewertet. Dies bedeutet, dass die Lernergebnisse im Allgemeinen den Anforderungen entsprechen.

Tabelle 3.22:

Bewertung der Ausbildung als Vorbereitung für zentrale Anforderungen bei Berufseinstieg (Lernergebnisse), Intensivpflege

Intensivpflege (Aufgaben und Anforderungen)	Einzelnoten
Vorbereiten, bedienen, kontrollieren von Geräten	2
Beobachtung und Überwachung (klinisch, apparativ/Monitoring)	3
Mitwirkung bei medizinischer Diagnostik und Therapie	3
Medikamentengebarung	3
Pneumonie- / Dekubitusprävention, Wundversorgung	3
Patientinnen/Patienten aller Altersgruppen mit komplexen und instabilen Gesundheitszuständen pflegen	3
Aufgaben im Pflegeprozesses	3
Information, Kommunikation, Kooperation mit anderen Berufsgruppen	4
Anleitung – Auszubildende, Praktikantinnen/Praktikanten	5
Gesamtnote (Mittelwert)	3

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Tabelle 3.23:

Bewertung der Anwendungsqualität (durch Ausbildungsverantwortliche) und Beurteilung der theoretischen und praktischen Ausbildung als ausreichend (durch Absolventinnen/Absolventen) im Rahmen der Sonderausbildung Intensiv, in Prozent

Pflegerische bzw. medizinische Kenntnisse* und zielgruppenspezifische Vorbereitung	Qualität der Anwendung ausreichend (ABV)	Theoretische Ausbildung ausreichend (Absolv.)	Praktische Ausbildung ausreichend (Absolv.)	Differenz Theorie/Praxis Prozentpunkte
Angewandte Hygiene	97	82	74	8
Spezielle Pflege im Intensivbereich	97	66	72	-6
Kommunikation	94	53	43	10
Physiologie und Pathophysiologie	94	81	74	7
Grundlagen der Intensivtherapie	94	72	74	-2
Enterale und parenterale Ernährung	91	71	62	9
Spezielle Pflege im Anästhesiebereich	88	74	70	4
Reanimation und Schocktherapie	88	90	82	8
Anästhesieverfahren	87	72	62	10
Biomedizinische Technik und Gerätelehre	85	65	56	9
Beatmung und Beatmungstherapie	85	85	75	10
Spezielle Pharmakologie	85	78	73	5
Ethik	84	57	39	18
Spezielle Pflege von Früh- und Neugeborenen	62	25	30	-5
Pflegeforschung	38	28	13	15

Die mit einem * versehenen Begriffe sind entweder pflegerische oder medizinische Kenntnisse
Ein Minus als Vorzeichen in der Spalte Differenz Theorie/Praxis bedeutet die praktische Ausbildung bildet besser aus als die theoretische

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Aus Tabelle 3.23 geht hervor, dass die Qualität der Anwendung des erlernten Wissens bzw. der Fertigkeiten und Fähigkeiten bis auf spezielle Pflege von Früh- und Neugeborenen sowie Pflegeforschung gut gelingt.

Theorie-Praxis-Transfer

Auch in der SAB Intensiv bereitet die theoretische Ausbildung besser vor, die oben abgebildete Tabelle weist die Differenz zur praktischen Ausbildung mit durchschnittlich 6,7 Prozentpunkten aus. Die höchste Differenz findet sich mit 18 Prozentpunkten für das Thema Ethik, gefolgt von Pflegeforschung mit 15 Prozentpunkten. Für die Bereiche Beatmung und Beatmungstherapie, Anästhesieverfahren sowie Kommunikation fühlen sich die Absolventinnen/Absolventen durch die praktische Ausbildung besser vorbereitet als durch die theoretische.

Vergleich theoretische – praktische Ausbildung

Am besten vorbereitet fühlen sich die Absolventinnen/Absolventen durch die **theoretische Ausbildung** in den Themenbereichen Reanimation und Schocktherapie, Beatmung und Beatmungstherapie, Angewandte Hygiene, Physiologie und Pathophysiologie sowie spezielle Pharmakologie. Für diese Themen fühlen sich 90 bis 78 Prozent der Antwortenden ausreichend vorbereitet. Für Pflegeforschung und die spezielle Pflege von Früh- und Neugeborenen sehen sich nur 28 bzw. 25 Prozent ausreichend theoretisch vorbereitet.

Praktisch ausreichend ausgebildet fühlen sich 82 bzw. 75 Prozent der Befragten für Reanimation und Schocktherapie bzw. Beatmung und Beatmungstherapie. Weniger als 50 Prozent der Absolventinnen/Absolventen fühlen sich ausreichend für Kommunikation, Ethik, spezielle Pflege von Früh- und Neugeborenen sowie Pflegeforschung durch die Praxis vorbereitet.

3.7.3.1 Zusatzmodul Kinderintensiv

Nach einer gemeinsamen Basisausbildung kann die spezielle Zusatzausbildung Kinderintensiv von einem Umfang von mindestens 400 Stunden für die Pflege von Früh-, Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen im Intensivbereich absolviert werden.

Tabelle 3.24:

Bewertung der Anwendungsqualität (durch Ausbildungsverantwortliche) und Beurteilung der theoretischen und praktischen Ausbildung (durch Absolventinnen/Absolventen) im Rahmen der speziellen Zusatzausbildung Kinderintensiv, in Prozent

SAB Kinder-Intensiv: Medizinisch-pflegerische Kenntnisse	Qualität der Anwendung ausreichend (ABV)	Theoretische Ausbildung ausreichend (Absolv.)	Praktische Ausbildung ausreichend (Absolv.)	Differenz Theorie/Praxis Prozentpunkte
Angewandte Hygiene	100	88	82	6
Kommunikation	94	62	62	0
Enterale und parenterale Ernährung	93	76	82	-6
Physiologie und Pathophysiologie	93	71	59	12
Spezielle Pflege von Früh- und Neugeborenen	88	88	81	7
Spezielle Pharmakologie	88	94	71	23
Spezielle Pflege im Anästhesiebereich	86	47	41	6
Ethik	80	65	41	24
Reanimation und Schocktherapie	75	100	71	29
Grundlagen der Intensivtherapie	75	100	88	12
Biomedizinische Technik und Gerätelehre	73	94	65	29
Anästhesieverfahren	71	71	76	-5
Spezielle Pflege im Intensivbereich	69	76	88	-12
Beatmung und Beatmungstherapie	67	69	81	-12
Pflegeforschung	62	41	18	23

Die mit einem * versehenen Begriffe sind entweder pflegerische oder medizinische Kenntnisse.
Ein Minus als Vorzeichen in der Spalte Differenz Theorie/Praxis bedeutet, die praktische Ausbildung bildet besser aus als die theoretische.

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Aus Tabelle 3.24 geht hervor, dass die Qualität der Anwendung des erlernten Wissens bzw. der Fertigkeiten und Fähigkeiten in einem hohen Ausmaß gelingt.

Theorie-Praxis-Transfer

Auch in der speziellen Zusatzausbildung Kinderintensiv bereitet die theoretische Ausbildung besser vor als die praktische Ausbildung. Die durchschnittliche Differenz in der Bewertung praktischer und theoretischer Vorbereitung beträgt 9 Prozentpunkte, wobei die Schwankungsbreite sehr groß ist. Die höchste Differenz findet sich mit 29 Prozentpunkten für die Themen biomedizinische Technik und Gerätelehre sowie Reanimation und Schocktherapie, gefolgt von Pflegeforschung (24 Punkte), spezielle Pharmakologie und Ethik je 23. Für die Themen spezielle Pflege im Intensivbereich, Beatmung und Beatmungstherapie, enterale und parenterale Ernährung sowie Anästhesieverfahren hingegen fühlen sich die Absolventinnen/Absolventen durch die prakti-

sche Ausbildung besser vor bereitet als durch die theoretische. Für erstere beide Themen mit einer deutlichen Differenz von 12 Prozentpunkten.

Vergleich theoretische – praktische Ausbildung

Bis auf die beiden Themen Pflegeforschung und spezielle Pflege im Anästhesiebereich (mit 41 bzw. 47 %) fühlen sich die Absolventinnen/Absolventen durch die **theoretische Ausbildung** in hohem Maße ausreichend vorbereitet (zwischen 100 und 65 %)

Die Schwankungsbreite in der **praktischen Ausbildung** ist deutlich größer. Ausreichend ausgebildet fühlen sich 88 bzw. 76 Prozent für knapp die Hälfte der Themenbereiche. Weniger als 50 Prozent der Absolventinnen/Absolventen fühlen sich ausreichend für spezielle Pflege im Anästhesiebereich, Ethik sowie Pflegeforschung durch die Praxis ausgebildet.

Conclusio

Die Ergebnisse der beiden Intensivausbildungen deuten daraufhin, dass die Umsetzung der gelernten Inhalte in die Praxis gut gelingt, wenngleich Pflegeforschung in beiden Fällen eine Ausnahme darstellt. Die theoretische Ausbildung scheint fachbereichsspezifisch gut vorzubereiten. Während die praktische Ausbildung in beiden Fällen Nachholbedarf hat. Allerdings fällt auf, dass im Zusatzmodul Kinderintensivpflege die Praxisausbildung in vier Bereichen besser bewertet wurde.

3.7.4 Sonderausbildung Anästhesiepflege

Bewertung der Lernergebnisse in Zusammenschau

Die Aufgaben im Bereich **Anästhesiepflege** decken sich mit jenen der Intensivpflege, allerdings mit einem anderen Schwerpunkt in der täglichen Arbeit. In Summe wird das Lernergebnis für die Sonderausbildung Anästhesie mit befriedigend bewertet. Dies bedeutet, dass die Lernergebnisse im Allgemeinen den Anforderungen entsprechen.

Tabelle 3.25:

Bewertung der Ausbildung als Vorbereitung für zentrale Anforderungen bei Berufseinstieg (Lernergebnisse), Anästhesiepflege

Anästhesiepflege (Aufgaben und Anforderungen)	Einzelnoten
Medikamentengebarung	2
Vorbereiten, bedienen, kontrollieren von Geräten	2
Beobachtung und Überwachung (klinisch, apparativ/Monitoring)	3
Mitwirkung bei medizinischer Diagnostik und Therapie	3
Patientinnen/Patienten aller Altersgruppen mit komplexen und instabilen Gesundheitszuständen pflegen	3
Pneumonie-/Dekubitusprävention, Wundversorgung	4
Information, Kommunikation, Kooperation mit anderen Berufsgruppen	4
Aufgaben im Pflegeprozesses	4
Anleitung – Auszubildende, Praktikantinnen/Praktikanten	5
Gesamtnote (Mittelwert)	3

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Tabelle 3.26:

Bewertung der Anwendungsqualität (durch Ausbildungsverantwortliche) und Beurteilung der theoretischen und praktischen Ausbildung (durch Absolventinnen/Absolventen) im Rahmen der Sonderausbildung Anästhesie, in Prozent

Pflegerische bzw. medizinische Kenntnisse	Qualität der Anwendung ausreichend (ABV)	Theoretische Ausbildung ausreichend (Absolv.)	Praktische Ausbildung ausreichend (Absolv.)	Differenz Theorie/Praxis
Physiologie und Pathophysiologie	100	75	68	7
Angewandte Hygiene	100	88	68	20
Reanimation und Schocktherapie	100	88	68	20
Biomedizinische Technik und Gerätelehre	91	70	62	8
Spezielle Pharmakologie	91	70	68	2
Anästhesieverfahren	91	82	82	0
Spezielle Pflege im Intensivbereich	90	60	68	-8
Kommunikation	82	48	38	10
Beatmung und Beatmungstherapie	82	82	72	10
Spezielle Pflege im Anästhesiebereich	82	82	82	0
Ethik	80	60	40	20
Enterale und parenterale Ernährung	80	77	62	15
Spezielle Pflege von Früh- und Neugeborenen	78	22	26	-4
Grundlagen der Intensivtherapie	73	75	78	-3
Pflegeforschung	60	21	11	10

Die mit einem * versehenen Begriffe sind entweder pflegerische oder medizinische Kenntnisse.
Ein Minus als Vorzeichen in der Spalte Differenz Theorie/Praxis bedeutet, die praktische Ausbildung bildet besser aus als die theoretische.

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Aus Tabelle 3.26 geht hervor, dass die Umsetzung des erlernten Wissens bzw. der Fertigkeiten und Fähigkeiten sehr gut gelingt.

Theorie-Praxis-Transfer

Auch in der SAB Anästhesie bereitet die theoretische Ausbildung besser vor, in oben abgebildeter Tabelle beträgt die Differenz durchschnittlich 7,1 Prozentpunkte. Die höchste Differenz findet sich mit 20 Prozentpunkten im Bereich angewandte Hygiene, Reanimation und Schocktherapie und Ethik, gefolgt von enteraler und parenteraler Ernährung mit 15 Prozentpunkten und Kommunikation, Beatmung und Beatmungstherapie, Pflegeforschung mit jeweils 10. Für die Bereiche Grundlagen der Intensivtherapie, spezielle Pflege von Früh- und Neugeborenen sowie spezielle Pflege im Intensivbereich fühlen sich die Absolventinnen/Absolventen durch die praktische Ausbildung besser vorbereitet als durch die theoretische.

Vergleich theoretische – praktische Ausbildung

Am besten vorbereitet sehen sich die Absolventinnen/Absolventen durch die **theoretische Ausbildung** in den Themenbereichen angewandte Hygiene, Reanimation und Schocktherapie, Beatmung und Beatmungstherapie, Anästhesieverfahren, spezielle Pflege im Anästhesiebereich, enterale und parenterale Ernährung, Physiologie und Pathophysiologie sowie Grundlagen der Intensivtherapie. Für diese Themen haben 88 bis 75 Prozent der Befragten angegeben, sich ausreichend vorbereitet zu fühlen. Für Kommunikation, spezielle Pflege von Früh- und Neugeborenen sowie Pflegeforschung fühlen sich nur 48, 22 bzw. 21 Prozent ausreichend theoretisch vorbereitet.

Praktisch ausreichend ausgebildet fühlen sich 82 bzw. 75 Prozent der Absolventinnen/Absolventen für Anästhesieverfahren, spezielle Pflege im Anästhesiebereich sowie Grundlagen der Intensivtherapie. Weniger als 50 Prozent der Befragten sehen sich für Ethik, Kommunikation, spezielle Pflege von Früh- und Neugeborenen sowie Pflegeforschung durch die Praxis ausreichend ausgebildet.

Unterschiede zwischen den Intensiv- und Anästhesieausbildung

Tabelle 3.27:

Hoch signifikante Unterschiede (**) und signifikante Unterschiede (*) zwischen Absolventinnen/Absolventen der Intensiv- und Anästhesiepflege

Aufgaben und Anforderungen	Intensiv	Anästhesie
Periphervenöse Zugänge legen		**
Bluttransfusionen anhängen		*
Routinemäßige in Betrieb befindliche Geräte bedienen und Funktionskontrollen durchführen		*
Therapiegeräte auf- und nachbereiten		*

* = bedeutet in dieser Gruppe findet sich die Signifikanz
 ** = bedeutet hoch signifikant ($p < 0,01$)

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Statistisch hoch signifikante Unterschiede ($p \leq 0,01$) zwischen Pflegepersonen mit der SAB Intensivpflege vs. SAB Anästhesiepflege lassen sich im Rahmen der Ausbildung für das Legen peripher venöser Zugänge darstellen. Signifikante Unterschiede ($p \leq 0,5$) für das Anhängen von Bluttransfusionen, Anästhesieverfahren, den routinemäßigen Umgang mit Geräten sowie die Vor- und Nachbereitung von Therapiegeräten. Für alle Bereiche fühlen sich Absolventinnen/Absolventen der SAB Anästhesie besser vorbereitet als jene der SAB Intensiv. Abgesehen von diesen vier signifikanten Unterschieden konnten zwischen Absolventinnen/Absolventen der beiden Ausbildungen keine weiteren gefunden werden.

Die Ausbildung erfolgt auch hier über die theoretische besser als über die praktische. Die Vorbereitung auf Pflegeforschung schneidet auch in der SAB Anästhesie am schlechtesten ab.

3.7.5 Sonderausbildung Nierenersatztherapie

Bewertung der Lernergebnisse in Zusammenschau

Für die Arbeit im Bereich der **Nierenersatztherapie** wurden sieben zentrale Aufgaben beschrieben. In Summe wird das Lernergebnis für die Sonderausbildung Nierenersatztherapie mit gut bewertet. Dies bedeutet, die erbrachte Leistung entspricht den Anforderungen voll.

Tabelle 3.28:

Bewertung der Ausbildung als Vorbereitung für zentrale Anforderungen bei Berufseinstieg (Lernergebnisse), Nierenersatztherapie

Nierenersatztherapie (Aufgaben und Anforderungen)	Einzelnoten
Durchführung der Nierenersatztherapie	2
Therapiebegleitende Aufgaben	2
Aufgaben im Rahmen des Pflegeprozesses	2
Case Management / Begleitung/ Beratung/Schulung	2
Medizinisch-pflegerische Grundkenntnisse (gem. GuK-SV)	2
Umgang mit chronisch Kranken, Schwerkranken und Sterbenden	3
Anleitung von Auszubildenden, Praktikantinnen/Praktikanten	3
Gesamtnote (Mittelwert)	3

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Tabelle 3.29:

Bewertung der Anwendungsqualität (durch Ausbildungsverantwortliche) und Beurteilung der theoretischen und praktischen Ausbildung (durch Absolventinnen/ Absolventen) im Rahmen der Sonderausbildung Nierenersatztherapie, in Prozent

Pflegerische bzw. medizinische Kenntnisse	Qualität der Anwendung ausreichend (ABV)	Theoretische Ausbildung ausreichend (Absolv.)	Praktische Ausbildung ausreichend (Absolv.)	Differenz Theorie/ Praxis
Pflege und Überwachung von Patientinnen/Patienten mit invasiven und nichtinvasiven Methoden	100	66	68	-2
Angewandte Hygiene	100	79	69	10
Reanimation und Schocktherapie	100	95	85	10
Spezielle Pflege bei Nierenersatztherapie	100	85	90	-5
Biomedizinische Technik und Gerätelehre	94	77	72	5
Physiologie und Pathophysiologie	94	82	72	10
Ethik	88	47	38	9
Enterale und parenterale Ernährung	88	54	38	16
Spezielle Pharmakologie	88	87	69	18
Kommunikation	82	55	45	10
Eliminationsverfahren	81	82	67	15
Akute und chronische Niereninsuffizienz bei Patientinnen/Patienten aller Altersgruppen	76	85	79	6
Pflegeforschung und -wissenschaft	65	46	26	20

Die mit einem * versehenen Begriffe sind entweder pflegerische oder medizinische Kenntnisse.
Ein Minus als Vorzeichen in der Spalte Differenz Theorie/Praxis bedeutet, die praktische Ausbildung bildet besser aus als die theoretische.

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Aus Tabelle 3.29 geht hervor, dass die Umsetzung der erlernten Fertigkeiten und Fähigkeiten sowie des Wissens im Rahmen der SAB Nierenersatztherapie sehr gut gelingt.

Theorie-Praxis-Transfer

Auch in der SAB Nierenersatztherapie bereitet die theoretische Ausbildung besser vor, die oben abgebildete Tabelle weist die Differenz mit durchschnittlich 9,4 Prozentpunkten aus. Die höchste Differenz zwischen praktischer und theoretischer Vorbereitung

findet sich mit 20 Prozentpunkten im Bereich Pflegeforschung, gefolgt von spezieller Pharmakologie mit 18 Prozentpunkten, enteraler und parenteraler Ernährung mit 16 Prozentpunkten, Eliminationsverfahren mit 15 Prozentpunkten sowie angewandte Hygiene, Reanimation und Schocktherapie sowie Physiologie und Pathophysiologie mit jeweils 10. Für die Bereiche Pflege und Überwachung von Patientinnen/Patienten mit invasiven und nichtinvasiven Methoden und spezielle Pflege bei Nierenersatztherapie fühlen sich die Absolventinnen/Absolventen durch die praktische Ausbildung besser vorbereitet als durch die theoretische.

Vergleich theoretische – praktische Ausbildung

95 bis 75 Prozent der Absolventinnen/Absolventen fühlen sich durch die **theoretische Ausbildung** in insgesamt acht Themenbereichen ausreichend vorbereitet. Für Ethik sowie Pflegeforschung sehen sich nur 47 bzw. 46 Prozent ausreichend theoretisch vorbereitet.

Praktisch ausreichend ausgebildet sehen sich 90 bzw. 79 Prozent der Absolventinnen/Absolventen für spezielle Pflege bei Nierenersatztherapie, Reanimation und Schocktherapie, akute und chronische Niereninsuffizienz bei Patientinnen/Patienten aller Altersgruppen. Weniger als 50 Prozent der Befragten fühlen sich in Ethik, Kommunikation, enterale und parenterale Ernährung sowie Pflegeforschung durch die Praxisausbildung ausreichend vorbereitet.

Conclusio

Aufgrund der spezifischen Ausrichtung des Aufgabenfeldes Nierenersatztherapie können statistische Zusammenhänge zu anderen SAB dargestellt werden. Grundsätzlich scheint der Transfer des Gelernten in die Praxis gut zu gelingen, wenngleich auch in diesem Bereich ein Unterschied zwischen der Vorbereitung durch Theorie und Praxis besteht.

3.7.6 Sonderausbildung Pflege im Operationsaal

Bewertung der Lernergebnisse in Zusammenschau

In Summe wird das Lernergebnis für die Sonderausbildung **Pflege im Operationsaal** mit gut bewertet. Dies bedeutet, die erbrachte Leistung entspricht den Anforderungen voll (vgl. Tabelle 3.30).

Tabelle 3.30:

Bewertung der Ausbildung als Vorbereitung für zentrale Anforderungen bei Berufseinstieg (Lernergebnisse), Pflege im Operationsdienst

(Aufgaben und Anforderungen)	Einzelnoten
Instrumentenaufbereitung bzw. -kreislauf und Beidienst	1
Hygiene, Desinfektion, Sterilisation	1
Pflegeprozess	2
Praktische Ausbildung / Einschulung neuer Mitarbeiter/innen	3
Materialversorgung (ist delegierbar, daher nicht bewertet)	-
Situations- und Konfliktmanagement/Kommunikation	1
Fachspezifische Kenntnisse (gemäß GuK-SV)	1
Gesamtnote (Mittelwert)	2

GuK-SV = Gesundheits- und Krankenpflege-Spezialaufgaben-Verordnung

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Tabelle 3.31:

Bewertung der Anwendungsqualität (durch Ausbildungsverantwortliche) und Beurteilung der theoretischen und praktischen Ausbildung (durch Absolventinnen/ Absolventen) im Rahmen der Sonderausbildung Pflege im Operationssaal, in Prozent

Pflegerische bzw. medizinische Kenntnisse	Qualität der Anwendung ausreichend (ABV)	Theoretische Ausbildung ausreichend (Absolv.)	Praktische Ausbildung ausreichend (Absolv.)	Differenz Theorie/ Praxis
Notfallmanagement	100	43	42	1
Unfallchirurgie	100	88	84	4
Chirurgische Anatomie	100	93	88	5
Allgemeinchirurgie	100	93	88	5
Spezielle Pflege im OP-Bereich	96	83	80	3
Angewandte Krankenhaushygiene	96	91	80	11
Zeitmanagement	95	40	42	-2
Pathophysiologie	95	69	59	10
Medizintechnik	95	83	72	11
Methoden u. Techniken endoskopischer Diagnostik u. Therapie	95	61	62	-1
Kommunikation	91	77	68	9
Instrumenten-, Geräte- und Materialkunde	91	84	80	4
Ethik	90	71	60	11
Andere chirurgische Fachgebiete	90	78	71	7
Planung und Organisation im OP-Bereich	83	56	52	4
Konfliktmanagement	82	48	41	7
Patientenmanagement	82	51	45	6
Pharmakologie	80	70	54	16
Anästhesie	78	68	49	19
Pflegewissenschaft bzw. -forschung	53	59	39	20

Die mit einem * versehenen Begriffe sind entweder pflegerische oder medizinische Kenntnisse. Ein Minus als Vorzeichen in der Spalte Differenz Theorie/Praxis bedeutet, die praktische Ausbildung bildet besser aus als die theoretische.

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Theorie-Praxis-Transfer

Die Ergebnisse der Befragung der Ausbildungsverantwortlichen im Operationssaal deuten auf eine sehr gute Anwendung des erlernten Wissens in der Praxis hin. Wie aus Tabelle 3.31 hervorgeht, werden selbst Pflegeforschung und -wissenschaft tendenziell gut umgesetzt.

Vergleich theoretische – praktische Ausbildung

Unterschiede zwischen theoretischer und praktischer Ausbildung zeigen sich einmal mehr in der SAB Pflege im Operationssaal. Auch in diese SAB bereitet die theoretische Ausbildung tendenziell besser vor als die praktische. In oben abgebildeter Tabelle beträgt die Differenz zwischen theoretischer und praktischer Vorbereitung durchschnittlich 7,1 Prozentpunkte. Die höchste Differenz findet sich mit 20 Prozentpunkten im Bereich Pflegeforschung, gefolgt von Anästhesie mit 19 Prozentpunkten, Pharmakologie mit 16 sowie mit je 11 für angewandte Hygiene, Medizintechnik, Ethik und 10 für Pathophysiologie. Für die Bereiche Methoden und Techniken endoskopischer Diagnostik und Therapie sowie Zeitmanagement fühlen sich die Absolventinnen/Absolventen durch die praktische Ausbildung besser vorbereitet als durch die theoretische.

93 bis 77 Prozent der Befragten sehen sich durch die **theoretische Ausbildung** für insgesamt 9 von 20 Themenbereichen ausreichend vorbereitet. Für Konfliktmanagement, Notfallmanagement und Zeitmanagement fühlen sich nur 48, 43 bzw. 40 Prozent ausreichend theoretisch vorbereitet.

Praktisch fühlen sich auch in der SAB Pflege im Operationssaal weniger Absolventinnen/Absolventen ausreichend ausgebildet. Nur in 5 von 20 Themenbereichen fühlen sich 88 bis 80 Prozent der Befragten ausreichend vorbereitet. Dazu zählen: Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie, angewandte Krankenhaushygiene, Instrumenten-, Geräte- und Materialkunde, spezielle Pflege im OP-Bereich. Weniger als 50 Prozent der Befragten fühlen sich in 6 von 20 Themenbereichen ausreichend vorbereitet, dazu zählen: Anästhesie, Patientenmanagement, Notfallmanagement, Zeitmanagement, Konfliktmanagement und Pflegewissenschaft bzw. -forschung.

Andere Berufsgruppen im OP

Speziell im Fachbereich OP wird über den Einsatz anderer Berufsgruppen (wie zum Beispiel Operationstechnische Assistentinnen/Assistenten) diskutiert. Diesbezüglich stellt sich die Meinung der befragten Personen wie folgt dar:

Tabelle 3.32: .

Welche der folgenden, ausgebildeten Berufsgruppen könnten die Aufgaben einer ausgebildeten OP-Schwester / eines ausgebildeten OP-Pflegers ebenfalls ausführen?
Angaben in Prozent

Berufsgruppen	Absolv.	Ausbildungsverantwortliche
OP-Gehilfe/OP-Gehilfin	6	0
Operationstechnische Assistentinnen/Assistenten (OTA)	22	42
Arztassistentin/-assistent / Physician Assistant (Bachelorstudium)	10	11
Sonstige Ausbildungen (bitte beschreiben):	7	0
Keine andere Berufsgruppe	76	58

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Tendenziell gehen die Befragten davon aus, dass keine Berufsgruppe die Aufgaben übernehmen kann, am ehesten noch der/die Operationstechnische Assistent/in.

Conclusio

Aufgrund der spezifischen Ausrichtung der Pflege im Operationssaal können keine statistischen Zusammenhänge zu anderen SAB dargestellt werden. Grundsätzlich scheint der Transfer des Gelernten in die Praxis gut zu gelingen, wenngleich auch in diesem Bereich Unterschiede zwischen theoretischer und praktischer Ausbildung bestehen.

3.7.7 Sonderausbildung Krankenhaushygiene

Bewertung der Lernergebnisse in Zusammenschau

Die Arbeit von **Pflegepersonen im Bereich der Krankenhaushygiene** unterscheidet sich hinsichtlich anderer Pflegepersonen mit absolvierter SAB dahingehend, dass diese Kräfte erstes nicht unmittelbar mit Patientinnen/Patienten arbeiten und zweites, dass sie Mitglied eines Hygieneteams in Krankenanstalten sind, das nicht hierarchisch organisiert ist. Aus diesem Grund konnte keine Bewertung durch unmittelbar Vorgesetzte erfolgen. Die summative Bewertung ergab sich primär aus der Bewertung der Absolventinnen/Absolventen und der intensiven Diskussion dieser Ergebnisse im Expertenworkshop. In Summe wird das Lernergebnis für die Sonderausbildung für Krankenhaushygiene mit befriedigend bewertet. Dies bedeutet, dass die Lernergebnisse im Allgemeinen den Anforderungen entsprechen (vgl. Tabelle 3.33).

Tabelle 3.33:

Bewertung der Ausbildung als Vorbereitung für zentrale Anforderungen bei Berufseinstieg (Lernergebnisse), Krankenhaushygiene

Krankenhaushygiene (Aufgaben und Anforderungen)	Einzelnoten
Projektmanagement	1
Erstellen und Aktualisieren des Hygieneplans	2
Qualitätssicherung	2
Surveillance	3
Wissensmanagement und innerbetriebliche Fortbildung	3
Medizinisch-pflegerische Kenntnisse (gemäß GuK-SV)	3
Beratung	4
Gesamtnote (Mittelwert)	3

GuK-SV = Gesundheits- und Krankenpflege-Spezialaufgaben-Verordnung

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Tabelle 3.34:

Beurteilung der theoretischen und praktischen Ausbildung (durch Absolventinnen/ Absolventen) im Rahmen der Sonderausbildung Krankenhaushygiene, in Prozent

Pflegerische und Krankenhaushygiene-spezifische Kenntnisse	Theoretische Ausbildung ausreichend (Absolv.)	Praktische Ausbildung ausreichend (Absolv.)	Differenz Theorie/ Praxis
Epidemiologie, Mikrobiologie und Immunologie	98	83	15
Fachspezifische Rechtsgrundlagen	80	63	17
Kommunikation, Gesprächs- und Verhandlungsführung	70	57	13
Pflegerisch-organisatorische und pflegerisch-technische Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen	70	67	3
Organisationsentwicklung und Betriebsführung	62	51	11
Kommunikation, Angewandte Pädagogik, Gesprächsführung und Konfliktbewältigung	57	48	9
Spezifische hygienische Anforderungen der verschiedenen medizinischen Fachbereiche	55	57	-2
Teamentwicklung	55	47	8
Surveillance	52	48	4
Hygienestandards	51	64	-13
Statistik	49	33	16
Checklisten	44	41	3
Feedbackinstrumente zur Qualitätssicherung kennen	43	43	0
Informationsmanagement	40	47	-7
Wissenschaftliche Grundlagen	37	22	15
Methoden des Wissensmanagements	34	35	-1
Bautechnische Kenntnisse	26	23	3
Bauschutzmaßnahmen	26	30	-4
Verwendung einschlägiger Datenbanken	23	23	0

Die mit einem * versehenen Begriffe sind entweder pflegerische oder medizinische Kenntnisse.

Ein Minus als Vorzeichen in der Spalte Differenz Theorie/Praxis bedeutet, die praktische Ausbildung bildet besser aus als die theoretische.

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Vergleich theoretische – praktische Ausbildung

Die Unterschiede zwischen der theoretischen und praktischen Ausbildung zeigen sich auch in der SAB Krankenhaushygiene. Auch in diesem Fall bereitet die theoretische Ausbildung tendenziell besser vor als die praktische. In oben abgebildeter Tabelle beträgt die Differenz zwischen der praktischen und der theoretischen Ausbildung durchschnittlich 4,7 Prozentpunkte und fällt damit deutlich geringer aus als in anderen SAB. Die höchste Differenz findet sich mit 17 Prozentpunkten im Bereich fachspezifische Rechtsgrundlagen gefolgt von Statistik mit 16 Prozentpunkten. Jeweils 15 finden

sich in den Fächern wissenschaftliche Grundlagen und Epidemiologie, Mikrobiologie und Immunologie, 13 in Kommunikation, Gesprächs- und Verhandlungsführung und 11 in Organisationsentwicklung und Betriebsführung. Für die insgesamt fünf Themenbereiche Hygienestandards, Informationsmanagement, Bauschutzmaßnahmen, spezifische hygienische Anforderungen der verschiedenen medizinischen Fachbereiche, Methoden des Wissensmanagements fühlen sich die Absolventinnen/Absolventen durch die praktische Ausbildung besser vorbereitet als durch die theoretische. Wobei der Unterschied für Hygienestandards mit 13 Prozentpunkten am deutlichsten ausfällt.

Mehr als drei Viertel der Absolventinnen/Absolventen fühlen sich durch die **theoretische Ausbildung** nur für insgesamt 2 von 19 Themenbereichen ausreichend vorbereitet. Das sind: Epidemiologie, Mikrobiologie und Immunologie mit 98 Prozent und fachspezifische Rechtsgrundlagen. In insgesamt neun Fächern fühlen sich weniger als 50 Prozent der Absolventinnen/Absolventen theoretisch ausreichend vorbereitet.

Durch die **praktische Ausbildung** fühlen sich mehr als drei Viertel der Befragten lediglich für einen Bereich (Epidemiologie, Mikrobiologie und Immunologie; 83 %) ausreichend ausgebildet. Für insgesamt 12 Themenbereiche, also die Mehrheit, fühlen sich weniger als 50 Prozent der Befragten ausreichend vorbereitet, dazu zählen: wissenschaftliche Grundlagen, Verwendung einschlägiger Datenbanken, bautechnische Kenntnisse, Bauschutzmaßnahmen, Statistik, Methoden des Wissensmanagements, Checklisten, Feedbackinstrumente zur Qualitätssicherung kennen, Informationsmanagement, Teamentwicklung, Surveillance sowie Kommunikation, angewandte Pädagogik, Gesprächsführung und Konfliktbewältigung.

Tabelle 3.35:
Gewährleisten des Theorie-Praxis-Transfers im Rahmen von Praktika, in Prozent

	Theorie-Praxis-Transfer ausreichend gewährleistet	Soll in Ausbildung sein
Arbeit an spezifischen Aufgabenstellungen, die die Anwendungskompetenz bestimmter Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vertiefen		
- klinisch-mikrobiologisches Labor	85	94
- Hygieneteam	77	100
- Zentralsterilisation	68	96
Arbeit an Aufgabenstellungen, die speziell im Akutversorgungsbereich eine Herausforderung darstellen	51	96
Arbeit an Aufgabenstellungen, die speziell im Langzeitversorgungsbereich eine Herausforderung darstellen	43	77
Arbeit an Aufgabenstellungen, die speziell im ambulanten/mobilen Versorgungsbereich eine Herausforderung darstellen	36	74

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Im Bereich Krankenhaushygiene wird deutlich, dass die Ausbildung über weite Strecken nicht dazu beiträgt, dass sich die Absolventinnen/Absolventen ausreichend vorbereitet fühlen.

3.7.8 Sonderausbildung für Führungsaufgaben

Bewertung der Lernergebnisse in Zusammenschau

In Summe wird das Lernergebnis für die Sonderausbildung für **Führungsaufgaben** mit befriedigend bewertet. Dies bedeutet, dass die Lernergebnisse im Allgemeinen den Anforderungen entsprechen (vgl. Tabelle 3.36). Bei Führungskräften im oberen Management (als Mitglied der kollegialen Führung) entfiel ebenfalls die Fremdbeurteilung.

Tabelle 3.36:

Bewertung der Ausbildung als Vorbereitung für zentrale Anforderungen bei Berufseinstieg (Lernergebnisse), Führungsaufgaben

Führungsaufgaben - PDL (Aufgaben und Anforderungen)	Einzelnoten
Öffentlichkeitsarbeit, Marketing	2
Kenntnisse (gemäß GuK-LFV)	2
Kommunikation, Konfliktmanagement, Deeskalation	3
Personalmanagement und -controlling	4
Strategieentwicklung und Budgetplanung	4
Qualitätsmanagement	4
Vernetzung, Nahtstellenmanagement, Benchmark	4
Prozessgestaltung und -steuerung	4
Gesamtnote (Mittelwert)	3

GuK-LFV = Gesundheits- und Krankenpflege-Lehr- und Führungsaufgaben-Verordnung

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Tabelle 3.37:

Beurteilung der Ausbildung (durch Absolventinnen/Absolventen) im Rahmen der Sonderausbildung für Führungsaufgaben, in Prozent

Themenbereiche	Vorbereitung durch die Ausbildung ausreichend (Absolv.)
Führungsmodelle	74
Gesundheits- und Krankheitskonzepte	66
Theoretische Grundlagen der Pflege und konzeptuelles Pflegewissen	65
Ethik und Moral	62
Einschlägige Rechtsgrundlagen	60
Wissenschaftliches Arbeiten	60
Kommunikation, Gesprächs- und Verhandlungsführung	59
Gesundheitsökonomie	56
Organisationsentwicklung	54
Pflegeorganisation und Betriebsführung intramural	52
Teamentwicklung	52
Gesundheitssystem(e) und Gesundheitsversorgung	49
Motivationstheorien	49
Pflegewissenschaft und -forschung	47
Personalmanagement	46
Pflegequalitätsentwicklung und -management	43
Professionstheorien	37
Public Health	37
Betriebliche Entwicklungs- und Bildungsplanung im Pflegebereich	33
Ressourcenmanagement	32
Controlling	31
Sozialsysteme und -versorgung	30
Strategieentwicklung	28
Pflege vor dem Hintergrund der Gesundheits- und Sozialpolitik	27
Public Relations	25
Pflegeorganisation und Betriebsführung extramural	17

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Aus Tabelle 3.37 geht hervor, dass sich die Absolventinnen/Absolventen der SAB für Führungsaufgaben tendenziell weniger ausreichend für die Aufgaben vorbereitet fühlen als Befragte anderer Sonderausbildungen. Für nur einen Themenbereich geben knapp drei Viertel der Befragten an, sich ausreichend im Rahmen der Ausbildung vorbereitet zu fühlen. 66 bis 52 Prozent der Absolventinnen/Absolventen geben an, sich für 10 Themen ausreichend vorbereitet zu fühlen. Für weitere 15 Themen sind es 49 bis 17 Prozent der Antwortenden. Das heißt, für einen Großteil der Themen fühlt sich die Mehrheit der Absolventinnen/Absolventen nicht ausreichend vorbereitet. Dazu zählt auch die Pflegeorganisation im extramuralen Bereich, für dieses Thema fühlen sich überhaupt nur 17 Prozent der antwortenden Personen ausreichend ausgebildet. Aber auch Ressourcenmanagement, Controlling und Strategieentwicklung zählen zu den

Themen, für die sich die Minderheit der Befragten durch die Ausbildung ausreichend vorbereitet fühlt.

Theorie-Praxis-Transfer

Tabelle 3.38:

Gewährleisten des Theorie-Praxis-Transfers für spezifische Bereiche im Rahmen von Praktika, in Prozent

Kompetenzen	Ausreichend
Spezifische Aufgabenstellungen, die die Anwendungskompetenz bestimmter Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vertiefen sollen	41
Aufgabenstellungen, die speziell im Akutversorgungsbereich eine Herausforderung darstellen	39
Aufgabenstellungen, die speziell im Langzeitversorgungsbereich eine Herausforderung darstellen	29
Aufgabenstellungen, die speziell im ambulanten/mobilen Versorgungsbereich eine Herausforderung darstellen	13
Aufgabenstellungen, die speziell im Bereich Gesundheitsförderung und -vorsorge eine Herausforderung darstellen	25
Vergleich von Managementkonzepten der verschiedenen Führungsebenen in unterschiedlichen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens	21

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Personen, die die SAB für Führungsaufgaben absolvieren, werden in allen Bereichen der Pflege (d. h. akutstationär, stationäre Langzeitpflege und mobile Pflege) eingesetzt, daher sollte die Ausbildung für alle Einsatzgebiete gleichermaßen vorbereiten. Obenstehende Tabelle weißt jedoch daraufhin, dass der Theorie-Praxis-Transfer vor allem im Bereich der Akutversorgung gelingt, während dies in den anderen Bereichen eher nicht der Fall ist. 35 Prozent der Befragten gaben sogar an, dass der Theorie-Praxis-Transfer im ambulanten/mobilen Versorgungsbereich mit seinen speziellen und herausfordernden Aufgabenstellungen gar nicht gewährleistet wird.

Conclusio

Das Ergebnis der Befragung zeigt, dass sich Pflegedienstleiter/innen für einen Großteil der Managementthemen eher unzureichend ausgebildet fühlen. Besonders auffallend ist, dass sowohl die ausbildungsspezifische Vorbereitung als auch die Umsetzung im Rahmen des Theorie-Praxis-Transfers für den extramuralen Bereich am wenigsten gelingt. Insgesamt scheint der Theorie-Praxis-Transfer die bedeutendste Schwachstelle zu sein. Für die Ausbildung im Bereich des Pflegemanagements ergibt sich daher grundlegender Veränderungsbedarf. Erstens bezogen auf die Inhalte der Ausbildung und deren didaktische Umsetzung, zweitens bezüglich Praktika, die im Rahmen der Ausbildung vorgesehen sind und drittens zur Klärung der Grundfrage, ob für diese

Aufgaben eine Sonderausbildung aufbauend auf den Abschluss auf Sekundarstufe II reicht.

3.7.9 Weiterbildung für Führungskräfte im basalen und mittleren Management

Bewertung der Lernergebnisse in Zusammenschau

Aufgrund ihrer Schlüsselfunktion und der Führungsverantwortung wurden diplomierte Pflegepersonen, die im **basalen und mittleren Management** tätig sind, ebenfalls in die Befragung mit einbezogen, obwohl für keine Sonderausbildung vorgesehen und auch die Weiterbildung nicht in allen Bundesländern verpflichtend ist. Die Erhebung bei den Amtspflegekräften zeigt, dass diese Weiterbildung in vier Bundesländern jährlich und in vier weiteren vereinzelt angeboten wird, von einem Bundesland fehlt die Information. In Summe wird das Lernergebnis für die Weiterbildung mit gut bewertet (vgl. Tabelle 3.39).

Tabelle 3.39:

Bewertung der Ausbildung als Vorbereitung für zentrale Anforderungen bei Berufseinstieg (Lernergebnisse), basales und mittleres Management (BMM)

Führungsaufgaben – BMM (Aufgaben und Anforderungen)	Einzelnoten
Vernetzung, Nahtstellenmanagement, Benchmark	k. A.
Öffentlichkeitsarbeit, Marketing	1
Strategieentwicklung und Budgetplanung	2
Qualitätsmanagement	2
Kommunikation, Konfliktmanagement, Deeskalation	2
Kenntnisse (gemäß GuK-LFV)	2
Personalmanagement und -controlling	3
Prozessgestaltung und -steuerung	3
Gesamtnote (Mittelwert)	2

GuK-LFV = Gesundheits- und Krankenpflege-Lehr- und Führungsaufgaben-Verordnung

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Tabelle 3.40:

Beurteilung der Ausbildung (durch Absolventinnen/Absolventen) im Rahmen der Weiterbildung für basales und mittleres Management sowie Beurteilung der Durchführungsqualität durch Pflegedienstleiter/innen, in Prozent

Kenntnisse	Vorbereitung durch Ausbildung ausreichend (Absolv.)	Qualität der DF (Pflegedienstleitung)	Differenz Absolv./PDL
Ethik und Moral	74	94	-20
Führungsmodelle	74	82	-8
Kommunikation, Gesprächs- und Verhandlungsführung	73	85	-12
Einschlägige Rechtsgrundlagen	72	77	-5
Theoretische Grundlagen der Pflege und konzeptuelles Pflegewissen (Modelle, Theorien, Konzepte)	67	82	-15
Motivationstheorien	64	76	-12
Organisationsentwicklung (Organisationstheorie, -entwicklung, Qualitäts-, Wissens-, Projektmanagement)	64	61	3
Teamentwicklung	58	85	-27
Gesundheits- und Krankheitskonzepte	56	87	-31
Pflegeorganisation und Betriebsführung im intramuralen Bereich	56	80	-24
Pflegewissenschaft und -forschung	54	39	15
Pflegequalitätsentwicklung und -management	53	81	-28
Personalmanagement	51	80	-29
Wissenschaftliches Arbeiten	50	42	8
Ressourcenmanagement	41	59	-18
Gesundheitsökonomie	40	74	-34
Strategieentwicklung (Gesundheitspolitik/-systeme ...)	40	56	-16
Professionstheorien	39	38	1
Public Health	37	55	-18
Betriebliche Entwicklungs- und Bildungsplanung im Pflegebereich	36	74	-38
Gesundheitssystem(e) und Gesundheitsversorgung (national, international)	35	56	-21
Controlling	34	58	-24
Pflege vor dem Hintergrund der Gesundheits- und Sozialpolitik	33	65	-32
Pflegeorganisation und Betriebsführung im extramuralen Bereich	32	57	-25
Sozialsysteme und Sozialversorgung	31	61	-30
Public Relations	24	45	-21

Die mit einem * versehenen Begriffe sind entweder pflegerische oder medizinische Kenntnisse.

Ein Minus als Vorzeichen in der Spalte Differenz Theorie/Praxis bedeutet, die praktische Ausbildung bildet besser aus als die theoretische.

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Theorie-Praxis-Transfer

Zwei Drittel bis knapp 100 Prozent der PDL werten die praktische Umsetzung der Kenntnisse aus 11 von 26 abgefragten Themenbereichen als ausreichend. Bei vier Themenbereichen beurteilen jedoch weniger als 50 Prozent der Pflegedienstleiter/-innen die Umsetzung der Kenntnisse als ausreichend.

Die Absolventinnen/Absolventen selbst beurteilen die Vorbereitung durch die Ausbildung tendenziell schlechter. Für knapp die Hälfte der Themenbereiche fühlt sich weniger als die Hälfte der Befragten ausreichend vorbereitet. Drei Viertel der Befragten fühlen sich in keinem Themenbereich ausreichend vorbereitet.

Allgemein wird der Theorie-Praxis-Transfer durch die Pflegedienstleitungen besser bewertet als die Vorbereitung durch die Ausbildung.

Unterschiede zwischen Pflegedienstleitungen und basalem und mittlerem Management

Pflegedirektorinnen/-direktoren und Angehörige des mittleren und basalen Managements erhielten denselben Fragebogen, da beide Gruppen mit gleichen Themen befasst sind, aber in den Aufgaben unterschiedliche Rollen und Verantwortlichkeiten übernehmen. Die Pflegedienstleiter/-innen nehmen das Gros der Aufgaben signifikant häufiger wahr als Angehörige des basalen und mittleren Managements. Im Rahmen der Ausbildung fühlen sich PDL für 8 Themen signifikant besser ausgebildet als Angehörige des basalen und mittleren Managements, diese wiederum für 4 andere Themen. Bei allen anderen zentralen Anforderungen bzw. Ausbildungsinhalten gab es keinen statistisch nachweisbaren Unterschied.

PDL und Vertreter/-innen des basalen und mittleren Managements unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Erwartungen an eine zukünftige Ausbildung: PDL wünschen sich signifikant häufiger höhere Ausbildungsniveaus, während Angehörige des basalen und mittleren Managements die Ausbildung eher auf Ebene einer verpflichtenden Weiterbildung bzw. Sonderausbildung sehen.

Conclusio

Obwohl die Aufgabenbereiche der Pflegedienstleitungen und des basalen und mittleren Management nahezu ident beschrieben wurden, war ein Unterschied im Verantwortungsausmaß durch die Größe des zu verantwortenden Bereiches sowie der Letztverantwortung bemerkbar. Insofern ist es nicht verwunderlich, dass die Mitwirkung im Rahmen von Strategie oder Budgetplanung des BMM als ausreichend bewertet wird, da die Letztverantwortung bei der Pflegedienstleitung liegt. Bei Anforderungen, die sich aus dem unmittelbaren Handlungsfeld Station oder Bereich ergeben, fällt die Bewertung tendenziell schlechter aus. Daraus könnte man ableiten, dass für den unmittelba-

ren Handlungsbereich durchaus eine bessere Vorbereitung angezeigt ist. Auffallend ist jedoch der Unterschied zwischen der Selbst- und Fremdbewertung der Arbeit des BMM in der Umsetzung der fachspezifischen Kenntnisse. Diesbezüglich stellt sich die Frage, inwieweit eine verzerrte Wahrnehmung der tatsächlichen Leistungen des BMM vorliegt bzw. subjektives Empfinden und tatsächliche Anforderungen auseinanderklaffen. Dem müsste jedenfalls detailliert nachgegangen werden und entsprechende Maßnahmen, aufgaben- oder ausbildungsspezifisch veranlasst werden.

3.7.10 Sonderausbildung für Lehraufgaben

Bewertung der Lernergebnisse in Zusammenschau

In Summe wird das Lernergebnis für die Sonderausbildung **für Lehraufgaben** mit befriedigend bewertet. Dies bedeutet, dass die Lernergebnisse im Allgemeinen den Anforderungen entsprechen (Tabelle 3.41). Lehrer/innen für Gesundheits- und Krankenpflege obliegt die Ausbildung pflegerischen Nachwuchses, sie sind primär verantwortlich, Wissen zu vermitteln, Kompetenzen zu entwickeln und Fertigkeiten zu trainieren. Neben dieser fachlichen Aufgabe obliegt es ihnen, diverse Praktikumsein-sätze zu organisieren und zu koordinieren und einige administrative Aufgaben im Rahmen des Schulbereichs sowie die pädagogische Betreuung der Auszubildenden zu übernehmen.

Tabelle 3.41:

Bewertung der Ausbildung als Vorbereitung für zentrale Anforderungen bei Berufseinstieg (Lernergebnisse), Lehraufgaben

Lehraufgaben (Aufgaben und Anforderungen)	Einzelnoten
Lehrkompetenzen	2
Kenntnisse (gemäß GuK-SV)	2
Unterrichten	3
Klassen-/Jahrgangsführung	3
Pädagogische Betreuung	3
Überprüfung der Leistung bzw. des Lernergebnisses	4
Praktikum	4
Gesamtnote (Mittelwert)	3

GuK-SV = Gesundheits- und Krankenpflege-Spezialaufgaben-Verordnung

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Es fällt auf, dass die Leistungsüberprüfung nur mit genügend bewertet wird, obwohl diese, wie das Unterrichten zu den Routinetätigkeiten eines Lehrers / einer Lehrerin gehört.

Tabelle 3.42:

Beurteilung der Ausbildung (durch Absolventinnen/Absolventen) im Rahmen der SAB Lehre für Gesundheits- und Krankenpflege sowie Beurteilung der Durchführungsqualität durch Schuldirektorinnen/-direktoren, in Prozent

Kenntnisse im Bereich Lehre	Vorbereitung durch Ausbildung ausreichend (Absolv.)	Qualität der DF (SchulDir.)	Zukünftig in Ausbildung berücksichtigen	Differenz Absolv. SchulDir.
Wissens- und Projektmanagement	87	38	56	49
Professionalisierung/Professionalisierbarkeit der Pflege	81	32	42	49
Konflikt- und Krisenmanagement	97	56	38	41
Mediendidaktik	95	55	59	40
Erwachsenenbildung	92	53	47	39
Gesundheitsversorgung in Österreich sowie Entwicklungen ausgewählter Gesundheitssysteme	89	50	52	39
Auswahlverfahren	81	45	26	36
Feedback und Leistungsbeurteilung	97	64	37	33
Gesundheits- und Krankheitskonzepte	81	48	52	33
Aktuelles Pflegewissen (aktuelle berufsspezifische Themen - national und international)	91	59	44	32
Rollenbegriff und Berufsrolle	91	59	42	32
Gruppendynamik	92	61	47	31
Selbstmanagement	87	58	46	29
Soziologie	87	58	52	29
Lernorganisation für die theoretische und praktische Ausbildung	92	64	32	28
Kommunikation, Gesprächsführung	100	75	55	25
Didaktik und Methodik	97	72	53	25
Wissenschaftliche Grundlagen, Wissenschaftstheorie, Forschung, Techniken wissenschaftlichen Arbeitens, Forschungsmethoden und Forschungsprozess	95	70	68	25
Soziales Lernen	90	66	53	24
Erziehungswissenschaft (Grundlagen)	86	62	62	24
Pädagogische Psychologie	94	73	60	21
Ethische Problemfelder der Pflege	87	66	53	21
Bildungsspezifische Rechtsgrundlagen	95	76	71	19
Pädagogik (Einführung)	97	79	68	18
Grundlagen der Pflege (Pflegetheorien), konzeptuelles Pflegewissen (Pflegekonzepte)	91	76	69	15
Berufspädagogik	92	81	40	11
Präsentationstechniken	97	91	71	6
Administration	62	69	22	-7

Die mit einem * versehenen Begriffe sind entweder pflegerische oder medizinische Kenntnisse.

Ein Minus als Vorzeichen in der Spalte Differenz Theorie/Praxis bedeutet, die praktische Ausbildung bildet besser aus als die theoretische.

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Theorie-Praxis-Transfer

Drei Viertel der befragten Schuldirektorinnen/-direktoren beurteilen 6 von 34 Themenbereichen in der Durchführung als ausreichend. Dazu gehören Kommunikation, Gesprächsführung, Grundlagen der Pflege (Pflegetheorien), konzeptuelles Pflegewissen (Pflegekonzepte), bildungsspezifische Rechtsgrundlagen, Pädagogik, Berufspädagogik sowie Präsentationstechniken. Umgekehrt werden 10 von 34 Themenbereichen von weniger als 50 Prozent der Schuldirektorinnen/-direktoren in der Umsetzung als ausreichend beurteilt. Dazu zählen: Öffentlichkeitsarbeit und Marketing, Organisationsentwicklung, Qualitätsmanagement in Bildungseinrichtungen, Mitarbeiterführung, Public Health, Professionalisierung Professionalisierbarkeit der Pflege, Curriculumentwicklung bzw. Bildungsplanung, Wissens- und Projektmanagement, Auswahlverfahren, Gesundheits- und Krankheitskonzepte. Also sowohl bei fachlichen Erfordernissen der GuK als auch für spezielle Aufgaben, die im Rahmen einer Bildungseinrichtung anfallen, sind Schuldirektorinnen/-direktoren nicht ausreichend vorbereitet.

Ein Großteil der befragten Lehrkräfte fühlt sich durch die Ausbildung ausreichend vorbereitet. 33 von 34 Themenbereichen werden von 76 bis 100 Prozent der Befragten mit ausreichend vorbereitend bewertet. Die Vorbereitung durch die Ausbildung und die Umsetzung in die Praxis werden in der Fremdeinschätzung und Selbstbewertung deutlich unterschiedlich bewertet. Für einen einzigen Themenbereich beurteilen die Lehrer/innen die Vorbereitung durch die Ausbildung besser als die Schuldirektorinnen/-direktoren. Besonders auffallend ist der deutliche Unterschied mit über 40 Prozentpunkten im Bereich Wissens- und Projektmanagement, Professionalisierung/Professionalisierbarkeit der Pflege, Konflikt- und Krisenmanagement und Mediendidaktik. Für diese Themen fühlen sich 81 bis 95 Prozent der Lehrer/innen ausreichend durch die Ausbildung vorbereitet, aber nur 32 bis 56 Prozent der Schuldirektorinnen/-direktoren beurteilen die Qualität der Durchführung als ausreichend. Dieser Unterschied lässt sich in 22 von 28 Themenbereichen mit 20 und mehr Prozentpunkten feststellen.

Themen, die in der Ausbildung zu berücksichtigen sind

Während alle gelisteten Inhalte zur Ausbildung hohe Zustimmung unter den bisher Befragten fanden, gab das Ergebnis bei den Lehrenden heterogen aus. Aus diesem Grund finden sich auch nur an dieser Stelle Antworten zum Fächerangebot: Mehr als die Hälfte der Lehrenden würde sogar auf 17 Fächer verzichten. Alle weiteren Fächer werden von 50 bis 71 Prozent der Lehrenden als notwendig erachtet. Es fand sich im Themenkatalog kein Fach, das von mehr als 71 Prozent der Lehrenden als notwendig erachtet wird.

Conclusio

Während sich die GuKG-Lehrer/innen durch die Ausbildung gut für die einzelnen Themenbereiche ausgebildet fühlen, zeigt sich in der Beurteilung der Durchführungsqualität durch die Schuldirektorinnen/–direktoren ein differenziertes Bild. Es gibt Themenbereiche, in denen die Umsetzung ausgezeichnet gelingt, aber auch einige mit Verbesserungsbedarf. Neben der Differenz zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung fallen Defizite bei der Lernergebnisüberprüfung und in Themenbereichen, die für Lehrer/innen relevant sind auf (u. a. Wissensmanagement, Professionalisierung, Auswahlverfahren, Gesundheits- und Krankheitsverständnis, Mitarbeiterführung, sofern die Führung von Auszubildenden als solche gesehen wird).

3.7.11 Schuldirektorinnen/Schuldirektoren

Bewertung der Lernergebnisse in Zusammenschau

Bildungsmanager/innen (**Schuldirektorinnen/–direktoren und Lehrgangleitungen**) obliegen die fachliche, pädagogische und organisatorische Leitung sowie die Dienstaufsicht im Rahmen der theoretischen und praktischen Ausbildung. Für die Leitung von Gesundheits- und Krankenpflegeschulen, Sonderausbildungen in der GuK sowie von Pflegehilfelehrgängen wird die Sonderausbildung für Lehraufgaben vorausgesetzt. Eine darüber hinausgehend Qualifikation im Bereich Management ist derzeit nicht vorgesehen. Da das Aufgabenfeld sehr umfangreich ist und die Herausforderungen ständig wachsen, wurden diese Personen ebenfalls in der Evaluierung berücksichtigt. Bezogen auf die Aufgaben von Bildungsmanagerinnen/–managern wird das Lernergebnis für die Sonderausbildung für Lehraufgaben mit genügend bewertet (Tabelle 3.43). Dies bedeutet, dass die Vorbereitung auf diese Aufgaben Mängel aufweist und gerade noch den Anforderungen entspricht.

Tabelle 3.43:

Bewertung der Ausbildung als Vorbereitung für zentrale Anforderungen bei Berufseinstieg (Lernergebnisse), Schuldirektorinnen/-direktoren und Lehrgangslösungen

Lehraufgaben - Bildungsmanagement (Aufgaben und Anforderungen)	Einzelnoten
Auswahlverfahren	4
Personalführung und -entwicklung	4
Kommunikation	4
Qualitätssicherung	4
Projektentwicklung	4
Kenntnisse (gemäß GuK-LFV)	4
Finanzen	5
Gesamtnote (Mittelwert)	4

GuK-LFV = Gesundheits- und Krankenpflege-Lehr- und Führungsaufgaben-Verordnung

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Tabelle 3.44:

Beurteilung der Ausbildung (durch Absolventinnen/Absolventen) im Rahmen der Sonderausbildung für Lehraufgaben aus Perspektive des Bildungsmanagements, in Prozent

Fachspezifische Kenntnisse	Vorbereitung durch Ausbildung ausreichend (Absolv.)	Soll in Ausbildung sein (Absolv.)
Bildungsspezifische Rechtsgrundlagen	81	100
Mediendidaktik	75	90
Pädagogische Psychologie, Soziologie	72	91
Grundlagen der Erziehungswissenschaft	71	94
Didaktik und Methodik	68	94
Leistungsbeurteilung	62	97
Wissenschaftliche Grundlagen (Wissenschaftstheorie, Forschung, Techniken wissenschaftlichen Arbeitens, Forschungsmethoden und Forschungsprozess)	60	91
Berufspädagogik (Pflegepädagogik)	52	94
Planung, Durchführung und Evaluierung des Unterrichts und des angeleiteten Praktikums nach fachdidaktischen Prinzipien	52	94
Motivationstheorien	50	97
Erwachsenenbildung	46	100
Lernorganisation theoretische und praktische Ausbildung	46	97
Qualitätsmanagement in Bildungseinrichtungen	44	100
Administration	36	84
Teamentwicklung	36	94
Führungsmodelle	33	94
Organisationsentwicklung, Wissens- und Projektmanagement	29	100
Curriculumentwicklung bzw. Bildungsplanung	24	88
(Fach)-Englisch	24	68
Auswahlverfahren	20	97
Controlling (strategische und operative Steuerung)	12	94
Öffentlichkeitsarbeit und Marketing	12	87
Personalmanagement (Bedarf, Auswahl, Einsatz, Führung, Entwicklung, Controlling, Rechtsgrundlagen)	12	90
Ressourcenmanagement (Rechnungswesen, Finanzierungsstrukturen, Arbeitssituationen, Materialwirtschaft)	8	81
Strategieentwicklung	8	91

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Aus Tabelle 3.44 geht hervor, dass die derzeitige Ausbildung für Lehraufgaben in der GuK kaum für die Anforderungen im Bereich des Bildungsmanagements vorbereitet. Allerdings werden die angeführten Kenntnisse von den befragten Schuldirektorinnen/-direktoren als relevant gesehen und daher gefordert, dass diese Teil der Ausbildung bleiben sollten.

Im Rahmen der Erarbeitung der Fragebögen wurden mit den Schuldirektorinnen/-direktoren zentrale Anforderungen in sechs Aufgabenbereichen zusammengefasst, die für diese Tätigkeit charakteristisch sind. In Tabelle 3.45 sind diese dargestellt. Dabei fällt auf, dass weniger als 40 Prozent der Schuldirektorinnen/-direktoren sich durch die SAB für Lehraufgaben ausreichend für die tatsächlich abverlangten Managementaufgaben vorbereitet fühlen.

Tabelle 3.45:

Zentrale Aufgaben für Schuldirektorinnen/-direktoren und Bewertung der Vorbereitung durch die Ausbildung, in Prozent

Zentrale Aufgaben	Vorbereitung durch Ausbildung ausreichend in %
Qualitätssicherung	40
Kommunikation	33
Projektentwicklung (z. B. im Rahmen der Qualitätssicherung, Curricula- oder Standardentwicklung)	29
Auswahlverfahren	27
Personalführung und -entwicklung	26
Finanzen	15

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

3.8 Vergleichende Darstellung zentraler Aufgaben

Im Rahmen der Workshops wurden der **Pflegeprozess** sowie die **Anleitung/Schulung** von Auszubildenden und Praktikantinnen/Praktikanten von allen patientennah tätigen Pflegepersonen als zentrale Aufgaben formuliert.

Für die Befragten (Absolventen und Ausbildungsverantwortliche) der Sonderausbildungen und hier vor allem bei Anästhesie und OP stellt der **Pflegeprozesses** nicht notwendigerweise eine Anforderung im Fachbereich dar. Das mag daran liegen, dass medizinische Handlungen im Vordergrund stehen, dass die durchschnittliche Interaktion mit dem betroffenen Menschen zu kurz ist, um den Pflegeprozess vollständig umzusetzen oder es könnte daran liegen, dass es fachliche Defizite gibt und eine Umsetzung deshalb nicht erfolgt. Die Vorbereitung durch die Ausbildung in den Sonderausbildungen wird nur teilweise erfüllt, während doch mehr als die Hälfte der Befragten den Pflegeprozess und die Anleitung/Schulung als wichtigen Teil der Ausbildung sieht. Gleichwohl sind die Ausbildungsverantwortlichen mit der erbrachten Qualität eher zufrieden (vgl. Tabelle 3.46).

Tabelle 3.46:

Bewertung des Pflegeprozesses in den Sonderausbildungen für Spezialbereiche, in Prozent

Aufgaben im Rahmen des Pflegeprozesses	SAB Intensiv	SAB Anästhesie	Zusatzmodul KinderInt	SAB OP	SAB NET
Häufigkeit DF (t-w) (Absolv.)	83	41	66	28	56
Ist als Anforderung notwendig (Absolv.)	76	45	59	28	62
Vorbereitung durch Ausbildung ausreichend (Absolv.)	47	41	40	34	41
Soll in Ausbildung sein (Absolv.)	68	62	72	54	68
Qualität DF ausreichend (ABV)	86	95	95	80	84

DF = Durchführung / ABV = Ausbildungsverantwortliche

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Verglichen mit den Sonderausbildungen zeigt sich, dass der Pflegeprozess in der Grundausbildung („normalen“ Pflegebetrieb) häufiger angewandt wird und auch die Ausbildung, in diesem Fall sowohl die theoretische als auch die praktische, besser vorbereitet.

Tabelle 3.47:

Bewertung des Pflegeprozesses in der Grundausbildung, in Prozent

Aufgaben im Rahmen des Pflegeprozesses	GAB
Häufigkeit DF (t-w) (ABV)	82
Qualität DF ausreichend (ABV)	89
Vorbereitung durch Theorie ausreichend (Absolv.)	79
Vorbereitung durch Praxis ausreichend (Absolv.)	66
soll in Ausbildung sein (ABV)	97

DF = Durchführung / ABV = Ausbildungsverantwortliche

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Ein weiterer zentraler Bereich ist die **praktische Ausbildung/Einschulung neuer Mitarbeiter/innen**.

Tabelle 3.48:

Bewertung der Anleitung/Schulung von Auszubildenden und Praktikantinnen/Praktikanten in den Sonderausbildungen für Spezialbereiche, in Prozent

Anleitung/Schulung von Auszubildenden und Praktikantinnen/Praktikanten	SAB Intensiv	SAB Anästhesie	Zusatzmodul KinderInt	SAB OP	SAB NET
Häufigkeit DF (t-w) (Absolv.)	47	38	59	48	36
ist als Anforderung notwendig (Absolv.)	45	47	47	63	57
Vorbereitung durch Ausbildung ausreichend (Absolv.)	55	20	10	31	27
soll in Ausbildung sein (Absolv.)	23	63	17	75	52
Qualität DF ausreichend (ABV)	95	98	96	94	94

DF = Durchführung / ABV = Ausbildungsverantwortliche

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Bei der Aufgabe Anleitung/Schulung von Auszubildenden und Praktikantinnen/Praktikanten zeigt sich ein heterogenes Bild. Mit der Qualität der Durchführung scheinen die Ausbildungsverantwortlichen sehr zufrieden zu sein. Allerdings sind sich die befragten Personen nicht einig, inwieweit diese Themen Teil der Ausbildung sein sollen. Während Absolventinnen/Absolventen der SAB Anästhesie und OP Anleitung/Schulung eher befürworten, sehen dies die anderen weniger bedeutsam. Auch die Vorbereitung durch die Ausbildung variiert erheblich, wurden immerhin 55 Prozent der Absolventinnen/Absolventen der SAB Intensiv ausreichend darauf vorbereitet, nimmt dieser Anteil bei den anderen kontinuierlich ab. Angehörige der SAB OP und NET sehen diese Inhalte zumindest zu 63 bzw. 57 Prozent ausbildungsrelevant, während es bei den anderen weniger als 50 Prozent sind. Am häufigsten führen Absolventinnen/Absolventen mit dem Zusatzmodul Kinderintensivpflege diese Aufgabe durch am seltensten Angehörige der SAB NET.

Die Anleitung/Schulung von Auszubildenden und Praktikantinnen/Praktikanten in der Grundausbildung wird von 82 Prozent der Ausbildungsverantwortlichen täglich bis wöchentlich durchgeführt, die Qualität der Durchführung wird von 89 Prozent als ausreichend beurteilt. Die Absolventinnen/Absolventen beurteilen die Vorbereitung durch die Ausbildung mit jeweils 79 bzw. 66 Prozent als ausreichend.

Tabelle 3.49:

Bewertung der Anleitung/Schulung von Auszubildenden und Praktikantinnen/Praktikanten in der Grundausbildung, in Prozent

Anleitung/Schulung von Auszubildenden und Praktikant/Innen	GAB
Häufigkeit DF (t-w) (ABV)	82
Qualität DF ausreichend (ABV)	89
Vorbereitung durch Theorie ausreichend (Absolv.)	79
Vorbereitung durch Praxis ausreichend (Absolv.)	66
soll in Ausbildung sein (ABV)	97

DF = Durchführung / ABV = Ausbildungsverantwortliche

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Im GuKG ist Anleitung als Aufgabe jeder DGKP im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich zwar verankert, aber nicht definiert. Ewers beschreibt Anleitung als "einen geplanten und reflektierten Lernprozess, der mit Blick auf die jeweilige Zielgruppe spezifischen Lehr- und Lernzielen folgt, didaktische und methodische Entscheidungsprozesse erfordert und gemeinhin mit Instrumenten zur Überprüfung von Lernfortschritten verknüpft ist (Lernzielkontrolle)" (Ewers 2001). Da eine einheitliche Definition dieses Begriffes im GuKG und damit auch im Pflegeausbildungsbereich fehlt, sind die Befragungsergebnisse dazu heterogen. Zwischen den einzelnen Fachbereichen gibt es sowohl hinsichtlich Häufigkeit der Durchführung als auch Vorbereitung durch die Ausbildung erhebliche Unterschiede.

Pflegeforschung kommt in allen Ausbildungen als Themengebiet vor. Die Vorbereitung durch die theoretische Ausbildung ist zwar besser bewertet als durch die praktische, insgesamt bereitet die Ausbildung jedoch eher weniger gut auf dieses Thema vor. Auch die Qualität der Anwendung wird eher schlechter bewertet. Uneinigkeit herrscht bei den Absolventinnen/Absolventen, ob dieses Thema Teil der Ausbildung sein soll. Während 71 Prozent der Absolventinnen/Absolventen der GAB dies befürworten, sind es im Bereich Anästhesie nur 24 Prozent.

Tabelle 3.50:

Bewertung des Themas Pflegeforschung in den Ausbildungen, in Prozent

Pflegeforschung	Qualität der Anwendung ausreichend (ABV)	Theoretische Ausbildung ausreichend (Absolv.)	Praktische Ausbildung ausreichend (Absolv.)	Soll in Ausbildung sein (Absolv.)	Differenz Theorie/ Praxis
GAB GuK	52	69	41	71	28
Intensiv	38	28	13	57	15
Kinderintensiv	62	41	18	41	23
Anästhesie	60	21	11	24	10
NET	65	46	26	63	20
OP	53	59	39	57	20

Die mit einem * versehenen Begriffe sind entweder pflegerische oder medizinische Kenntnisse.

Ein Minus als Vorzeichen in der Spalte Differenz Theorie/Praxis bedeutet, die praktische Ausbildung bildet besser aus als die theoretische.

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Diese Befunde deuten daraufhin, dass die Bedeutung der Pflegeforschung sowie der Umgang mit Pflegeforschung für die Anwendungsbereiche der Pflege noch nicht hinreichend bekannt sind. Dies mag daran liegen, dass Pflegeforschung erst seit 1997 explizit im GuKG verankert ist. Weiters gibt es zu wenig Pflegeforschungsergebnisse, die in der Praxis anwendbar sind, der Zugang zu Forschungsdatenbanken und damit zu Ergebnissen ist nicht ausreichend gegeben. Schüler/innen und Auszubildende erleben die Anwendung von Forschungsergebnissen in der Praxis – wenn überhaupt – nur rudimentär. Pflegewissenschaft und –forschung werden im Rahmen der Ausbildung zwar in einem eigenen Unterrichtsfach (UF) unterrichtet, die Vernetzung mit den anderen Unterrichtsfächern ist jedoch nicht ausreichend gegeben und die Implementierung/Anwendung von Forschungsergebnissen in anderen pflegebezogenen UF obliegt der Entscheidung der Lehrer/innen für GuK. Diese wiederum hängt von Kompetenz, Motivation und Ressourcen (Qualifikation, Zugang zu Datenbanken etc.) der handelnden Personen ab.

4 Resümee

Um den mittlerweile gegebenen Herausforderungen der Gesundheits- und Pflegeversorgung begegnen zu können, ist ein gehobener Dienst erforderlich, der komplexen Anforderungen gewachsen ist, Entscheidungskompetenz besitzt und fähig ist zu delegieren, zu supervidieren und die Pflegequalität im gegebenen Kontext sicherzustellen. Darüber hinaus erfordert die Umsetzung von Konzepten wie u. a. Risk-, Symptom-, Case-, Care-, Disease- und Qualitätsmanagement den vermehrten und vor allem fachkompetenten Einsatz der DGKP.

Die derzeitigen Ausbildungen decken den aktuellen Bedarf im Durchschnitt in befriedigender Weise, die Detailergebnisse weisen – zukunftsorientiert betrachtet – jedoch Nachholbedarf in Bezug auf die sich verändernden Bedarfe aus. Die Teamorientierung, die Übernahme von Verantwortung, von fachlicher Aufsicht, die Anordnung und Delegation pflegerischer Aufgaben an andere sind Schwachpunkte des gehobenen Dienstes. Die breite Palette an Anforderungen, die an Absolventinnen/Absolventen der Grundausbildung im gehobenen Dienst gestellt werden, belegen dies. Gemäß Vergleich der von der Praxis formulierten Anforderungen mit den (Qualifikations)stufen des NQR, sollte die Ausbildung der Berufspraxis Kompetenzen (Fach-, sozial-kommunikative und personale Kompetenz) von der Stufe 3 bis 7 zur Verfügung stellen (Stufe 6 = Bachelor; Stufe 7 = Master gemäß Bolognaprozess), was mit einer Ausbildung, die auf Sekundarstufe II angesiedelt ist, nicht zu gewährleisten ist, da diese für darunter liegende Stufen qualifiziert.

Die fragliche Zukunftsfähigkeit zeigt sich nicht nur an den gegenwärtig erzielten Lernergebnissen, sondern auch an den im GuKG angelegten fachlichen Karrieren. Diese sind derzeit ausschließlich auf den akutstationären Bereich und auf Lehr- und Führungsaufgaben ausgerichtet. Aufgrund der heterogenen Personalzusammensetzung in den verschiedenen Settings stellt sich die Frage, auf welchen Grundlagen diese zustande kam und inwieweit in zukünftigen Grade-Mix-Projekten systematische Berechnungsgrundlagen zum Einsatz kommen. Die Pflegehilfe wird (vgl. Riess et al. 2007) teilweise über dem vorgesehenen Niveau eingesetzt, umgekehrt ist ihr Einsatzgebiet auf wenige Fachrichtungen beschränkt. Eine fachliche Vertiefung für den Bereich Akutversorgung und spezifische Bedarfe, die sich aus speziellen Krankheiten ergeben, gibt es derzeit nicht.

In Summe ergibt sich aus der gezeichneten Situation eine Reihe von Herausforderungen, von der Zukunftsorientierung bis zur systematisch aufgebauten Fachkarriere, die in den nächsten Punkten ausgeführt werden.

4.1 Zukunftsorientierung

Allgemein gibt es u. a. eine Tendenz zur höheren Bildung, die Aufforderung zu lebenslangem Lernen und Flexibilität, eine verstärkte Partizipation von Frauen am Berufsleben, zunehmende Lebenserwartung ebenso wie steigenden Kostendruck. Die gesundheits- und pflegespezifischen Trends zeigen sich u. a. in der Dominanz chronischer Krankheiten, den komplexen, technikintensiven sowie laufend neuen Heilverfahren, die dauerhafte und langfristige Interaktionen mit fachlich kompetenten Personen notwendig machen; weiteres durch die zunehmend an Bedeutung gewinnende gesundheitsfördernde und präventive Perspektive. Beides zieht ein wachsendes Angebot an (Pflege)Dienstleistungen und damit verbundenen Qualifizierungsdruck nach sich.

Um auf zukünftige Herausforderungen flexibel, bedarfsgerecht und rasch zu reagieren, bedarf es einer weniger engen (bundes)gesetzlichen Regelung z. B. im Hinblick auf Sonderausbildungen, dafür aber einer verstärkten Integration der Pflegeberufe in qualitätssichernde Produkte/Regelungen im Gesundheitswesen wie zum Beispiel der ÖSG und die darauf auf Landesebene aufbauenden Planungsarbeiten (RSG). Darüber hinaus gilt es die Weiterentwicklung der Struktur- und Prozessqualität in Gesundheits- und Pflegewesen vermehrt an die Ergebnisqualität pflegerischer Leistungen zu binden (Stewig et al. 2012).

4.2 Abstimmung von Kompetenz und Qualifikation

Im Prinzip ermöglicht das GuKG einen breiten, umfassenden und interprofessionell ausgerichteten Wirkungsbereich, vor allem für den gehobenen Dienst. Durch die Fokussierung der Berufsgruppe im beruflichen Alltag auf den eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich ist ein umfassender und mehrperspektivischer Zugang in den Hintergrund getreten. Das im GuKG verankerte umfassende Berufsverständnis intendiert eine gleichwertige Integration aller Tätigkeitsbereiche sowie die damit verbundene Übernahme der entsprechenden Verantwortung. In der Pflegepraxis werden aufgrund der Organisation (u. a. Strukturqualität, Personaleinsatz) vom gehobenen Dienst tendenziell eher einfache Aufgaben übernommen. Von der Pflegehilfe werden wiederum Aufgaben übernommen, die ihrem Berufsbild nicht entsprechen (Winkler et al. 2006).

Die gesetzlich vorgesehenen Aufgaben von DGKP sowie das festgelegte Kompetenzprofil erfordern eine berufliche Ausbildung im tertiären Bildungsbereich. Obwohl die Überführung der Ausbildung im gehobenen Dienst für GuK in den Fachhochschulbereich rechtlich seit 2008 möglich ist, wurde diese Option auf Landesebene bis dato nur vereinzelt genutzt.

4.3 Differenzierung im Personaleinsatz

Reformansätze hinsichtlich Modifikation der Aus-, Fort- und Weiterbildung für Pflegeberufe machen nur Sinn, wenn gleichzeitig die entsprechende Praxisentwicklung eingeleitet wird. Das heißt, dass die Aufgaben- und Verantwortungsprofile in den Einsatzgebieten der Pflege den jeweiligen Qualifikationsprofilen der Ausbildung entsprechen müssen. Das bedeutet, dass es zu Verschiebungen von Aufgaben und Tätigkeiten zwischen allen involvierten Berufen kommen wird. Die Umsetzung eines neuen Bildungsmodells für Pflegeberufe muss daher Hand in Hand mit umfassenden Skill- und Grade-Mix-Analysen in den Einrichtungen gehen. Inwieweit der gewählte Berufsgruppenmix für den jeweiligen Einsatzort passend ist, kann nur mit einer Ergebnisqualitätsmessung beurteilt werden.

Einem differenzierten Personaleinsatz müssen systematische Aufgaben-, Tätigkeits- und Kompetenzanalysen vorangestellt werden, die Veränderung der Aufgaben und Tätigkeiten zwischen den Berufen und damit eine Veränderung in der Berufsgruppenzusammensetzung bewirken. Damit es zu keiner Gefährdung der Sicherheit der zu pflegenden Zielgruppen kommt, müssen die Verschiebungen auf der unmittelbaren Handlungsebene (z. B. Abteilungen, Stationen, Stützpunkte) geklärt werden, da die Pflegebedarfe in den einzelnen Settings sehr von den jeweiligen Zielgruppen, den medizinischen Fachbereichen und dem Versorgungsauftrag abhängen.

4.4 Professionalisierung der Pflegehilfe

Pflegehelfer/innen übernehmen heute bereits Aufgaben, die über ihr Aufgabenfeld hinausgehen. Die derzeit angebotenen Weiterbildungen stellen keine ausreichende Vertiefung dar, weil sie einerseits nicht ausreichend angeboten werden, und andererseits keinen einheitlichen Standards folgen. Zudem sind die Spezialisierungsmöglichkeiten in Form der Weiterbildung für die Pflegehilfe eingeschränkt. Vor allem für die Bereiche Akutpflege im Krankenhaus oder bestimmte Zielgruppen wie chronisch oder psychiatrisch Kranke und Kinder- und Jugendliche sind Vertiefungen und ggf. Erweiterungen in Richtung gehobener Dienst notwendig.

Modular aufbauende Spezialisierungen, insbesondere für die Akutversorgung würden einen Lösungsansatz bieten. Damit kann es gelingen, die Pflegehilfe zur Pflegeassistenz hinzuführen und den Beruf zu stärken. Analog zu den Sozialbetreuungsberufen sollte es Pflegehilfen eine vertiefende Ausbildung für die spezifischen Bedarfe der Akutversorgung im Krankenhaus geben.

4.5 Unterstützungskräfte im Akutpflegebereich

In der häuslichen Pflege ist es längst üblich, Heimhelfer/innen unterstützende Leistungen in der Gesundheits- und Krankenpflege – unter Anleitung und Aufsicht – durchführen zu lassen. In den Krankenhäusern hingegen wird diese Diskussion erst im Rahmen weniger Skill- und Grade-Mix-Projekte begonnen. Das Ausmaß bzw. der Umfang der als Unterstützung qualifizierten Pflegeleistungen von Heimhelferinnen/Heimhelfern und Sozialbetreuerinnen/Sozialbetreuer-Behindertenbegleitung werden durch die Gesundheits- und Krankenpflege-Basisversorgungs-Ausbildungsverordnung (GuK-BAV¹) und die Art. 15a B-VG Vereinbarung über Sozialbetreuungsberufe geregelt². Das Ausbildungsmodul „Unterstützung bei der Basisversorgung“ ist im Gesundheitswesen tätigen Hilfs- und Assistenzkräften (z. B. Sanitätshilfsdiensten, Abteilungshelfer/innen) nicht zugänglich. Diese sind daher auch nicht befugt, pflegerische Unterstützungsleistungen durchzuführen. Um die Pflegehilfe und den gehobenen Dienst von einfachen pflegerischen Handreichungen im Krankenhaus zu entlasten und dem bedarfs- und kompetenzorientierten Personaleinsatz einen Schritt näher zu kommen, ist Unterstützungskräften im Gesundheitswesen – wie sie das Modell vorsieht – der Zugang zu diesem Ausbildungsmodul zu ermöglichen.

4.6 Lückenschluss zur Pflichtschule

Neben Kursen und Lehrgängen im Bereich der Erwachsenenbildung soll eine durchgängige pflegespezifische Schulkarriere an Bildungseinrichtungen mit Bildungs- und Berufsabschlüssen geschaffen werden. Den Absolventinnen/Absolventen der jeweiligen Ausbildungsform muss der Zugang zum Arbeitsmarkt ermöglicht werden. Zum Beispiel die Koppelung der Ausbildung für Unterstützungskräfte mit dem Bereich der Lehre, oder Pflegehilfe mit berufsbildenden höheren Schulen und die Ausbildung zum gehobenen Dienst an der Fachhochschule. Somit wären durchgängige Schulkarrieren geschaffen, aber auch die Ansiedelung der Ausbildungen entsprechend der zu erreichenden Kompetenzstufe geregelt.

1

Unterstützung bei der Basisversorgung einschließlich der Unterstützung bei der Einnahme und Anwendung von Arzneimitteln.

2

Unterstützung bei der Einnahme von Mahlzeiten, einfache Aktivierung (z. B. Anregung zur Beschäftigung), Förderung von Kontakten im sozialen Umfeld, hygienische Maßnahmen (z. B. Wäschegebarung), Beobachtung des Allgemeinzustandes und rechtzeitiges Herbeiholen von Unterstützung durch andere Berufsgruppen, Unterstützung von Pflegepersonen, Dokumentation.

4.7 Generalisierung vor Spezialisierung

Zu diskutieren ist jedenfalls eine generalistische Grundausbildung, die durch die derzeitige allgemeine Grundausbildung nicht erreicht wird, mit einer daran anschließenden fachbereichs- und/oder zielgruppenspezifischen Erweiterung, als Vorbereitung in Richtung Experten-/Fachkarriere. Empfehlungen des European Federation of Nurses Associations (EFN) gemeinsam mit dem International Council of Nurses (ICN) und der WHO Europa gehen in Richtung generalistische Grundausbildung auf Bachelorebene mit Spezialisierungsmöglichkeiten auf Masterniveau.

4.8 Bedarfsorientierte Spezialisierungen

Abschließende Regelungen bieten wenig Flexibilität für bedarfsorientierte Anpassungen im Sonderausbildungsbereich. Darüber hinaus ist nicht nachvollziehbar, welche Kriterien eine Sonderausbildung mit Verpflichtungscharakter in Abgrenzung zu sonstigen erforderlichen Weiterbildungen rechtfertigen. Daher schlagen wir vor, die Differenzierung zwischen Sonderaus- und Weiterbildung sowie die Fünfjahresfrist bei der Absolvierung von Sonderausbildungen für Spezialaufgaben aufzuheben, ebenso wie die Koppelung an den Einsatzbereich. Strukturqualitätssichernde Vorgaben sind in den dafür vorgesehenen Instrumenten wie u. a. dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) zu verankern. Daran geknüpft eine Differenzierung im Personal in den speziellen Bereichen nach jenen mit und ohne Sonderausbildung sowohl was Umfang und Kompetenz des Einsatzgebietes betrifft als auch in der Entlohnung. Damit auch in diesen Bereichen Fachkarrieren ermöglicht werden.

Bereits heute schon in Österreich punktuell zum Einsatz kommende Lösungskonzepte für zukünftige Bedarfe sind Case-, Disease-, Symptom-, Risk-, Entlassungs- und Qualitäts-Management sowie Advance Care Planning¹, die in Zukunft aber mit dem Ziel des flächendeckenden Einsatzes forciert werden müssen (vgl. u. a. Abt-Zegelin 2002; Anderson 2007; Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) 2009; Goldstein 2006; Lynn/Schuster 2000; World Health Organization 2006). Der Ausbau dieser Rollen mit entsprechenden erwachsenengerechten Bildungsmöglichkeiten und der verstärkte Einsatz ausgebildeter Personen im Praxisfeld stellen eine Möglichkeit einer fachlichen Karriere im Pflegebereich dar, der bisher noch nicht

1

Advance Care Planning bezeichnet das Erfassen von Wünschen und Bedürfnissen in lebensbedrohlichen Situationen für die letzte Phase des Lebens. Zu den Kernaufgaben zählen die Erfassung zu Vorstellungen und Überlegungen zu verschiedenen Themen, wie Patientenverfügung sowie Fragen zum Schmerzmanagement, zu Bluttransfusionen, zur künstlichen Ernährung, Beatmung, Organspenden etc.

vollständig ausgeschöpft wurde. Das bedeutet, dass Rollen und Funktionen, von Pflegepersonen wie die der klinischen Spezialistin / des Spezialisten¹ (Fachpflegekräfte mit weitreichenden Kompetenzen z. B. auch Verschreibungsrechten), die der Pflegeberaterin / des Pflegeberaters (allgemein oder speziell) und der für einen Bereich spezialisierten Führungskraft, beispielsweise in sogenannten Nurse led units oder Nurse led programmes usw., für die österreichischen Bedürfnisse angepasst und umgesetzt werden müssten. Ebenfalls zu definieren und entsprechende Einsatzmöglichkeiten zu schaffen, wäre der Einsatz für speziell ausgebildete Pflegepersonen im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in speziellen Settings wie u. a. Betrieb, Schule und Gemeinde.

4.9 Systematisch gestufte Spezialisierungen

Obwohl die Weiterbildungen zur Erweiterung und Vertiefung der in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten dienen, führen diese Weiterbildungen aber zu keiner Rollen- bzw. Kompetenzerweiterung. Dies greift für manche Handlungsfelder und Expertisen im Pflegebereich zu kurz (z. B. bei Wundmanagement, Kontinenz- und Stomaberatung, gerontologische Pflege, Diabetesberatung).

Mit der im GuKG nur mit Rahmenvorgaben vorgesehenen Möglichkeit der Weiterbildung wollte der Gesetzgeber ein flexibles Instrument für Bedarfsorientierung im Weiterbildungs-/Spezialisierungsbereich zur Verfügung stellen. Genehmigt werden die beantragten Weiterbildungen vom Landeshauptmann / der Landeshauptfrau. Gemäß GuK-Weiterbildungsverordnung haben die Inhalte von Weiterbildungen den neuesten pflegewissenschaftlichen und medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen und Erfahrungen Rechnung zu tragen sowie sicherzustellen, dass mit der Weiterbildung die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten erworben werden. Mangels einheitlicher Kriterien für Antragstellung und Qualitätssicherung kann derzeit nicht beurteilt werden, inwiefern diese Weiterbildungen wirklich bedarfsorientiert ausgerichtet und über die Landesgrenzen hinaus vergleichbar sind.

Daher schlagen wir eine Neuorganisation der Sonderaus- und Weiterbildungslandschaft vor. Diese sollen vereinfacht und einheitlicher, dafür aber weniger strikt geregelt werden. Die Begriffe Sonderaus- und Weiterbildung werden in kompetenzvertiefende und kompetenzerweiternde Ausbildungen gewandelt. Kompetenzvertiefend sind dabei jene, die zu keiner Erweiterung der Kompetenz, sondern nur zum fachkundigeren

1

Nurse Practitioner, Infection Control Nurse, Geriatric Nurse; Acute Care Nurse, Public Health Nurse, Forensic Nurse, Case Manager, Clinical Nurse Specialist, Advanced Practice Nurse etc.

Arbeiten beitragen, während kompetenzerweiternd jene sind, die mit einer Ausdehnung des Handlungs- und Verantwortungsraumes einhergehen. Für beide sollen Qualitätskriterien, die die Ausbildungen auf ähnlichem Niveau halten, entwickelt werden.

4.10 Themen für Spezialisierungen

Absolut notwendig ist jedenfalls ein intensiv-geriatrischer Schwerpunkt. Aber auch das Thema Psychosomatik und der Umgang mit Menschen, die psychosomatisch erkrankt sind, gehören stärker beleuchtet. Darüber hinaus wird für die Pflegehilfe eine Spezialisierung für den akutstationären Bereich, die Kinder- und Jugendlichenpflege sowie die psychiatrische Pflege gefordert.

Ausreichend Verständnis zu kulturell unterschiedlich geprägtem Umgang mit Gesundheit- und Krankheit muss sichergestellt werden. Wobei für diese Themenbereiche nicht nur spezialisierte vertiefende Ausbildungen notwendig sind, sondern diese auch Teil der Grundausbildung sein müssen.

Komplexe Behandlungssituationen erfordern fachliche Vertiefungen wie z. B. bei chronischen Erkrankungen. Die Einführung von Advanced Nurse Practitioner für verschiedene Bereiche ist daher vorzusehen. Relevante Themen sind klinische Spezialisierungen (wie z. B. Wund-, Schmerzmanagement, chronische Krankheiten), aber auch auf systemischer Ebene (Family Health Nurse, Community Nurse). Allen Spezialisierungen ist gemeinsam, dass diese patientennah ausgerichtet sind und die Arbeit mit Patientinnen/Patienten, Klientinnen/Klienten, Bewohnerinnen/Bewohnern im Vordergrund steht (Rappold/Rottenhofer 2011).

Im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben ist darauf zu achten, dass diese Inhalte bedarfsorientiert und zeitnah implementiert werden können. Auf Ebene der Finanzierung geht es einerseits darum, die Stelleninhaber/innen entsprechend ihrer Kompetenz und Verantwortung zu entlohnen, und andererseits Pflegedienstleistungen über Kassenverträge abzugelten.

4.11 Neuordnung beruflicher Aufgaben

Die Neuordnung beruflicher Aufgaben umfasst die Weiterentwicklung der eigenverantwortlichen Aufgaben des gehobenen Dienstes, die Übernahme von Aufgaben aus anderen Disziplinen, dies betrifft alle Pflegeberufe sowie die Abgabe von Tätigkeiten an andere Berufe.

Die Verschiebung von Aufgaben, die derzeit Pflegepersonen mit Anästhesieausbildung wahrnehmen können, soll auf andere Pflegepersonen erweitert werden, denn die Erfordernisse in der Praxis haben sich weiterentwickelt. Vor allem im Rahmen der Hauskrankenpflege sollten auch minimal invasive Eingriffe vorgenommen werden können. Wobei in diesem Zusammenhang zu überlegen ist, welche Aufgaben generell in die Eigenverantwortung von Pflegepersonen übertragen werden können, sodass es nicht jedes Mal einer ärztlichen Delegation bedarf. Das heißt, es sind in Gesetzen beschriebene Sicherheitsschleifen wie z. B. „Ermächtigung im Einzelfall“ grundsätzlich zu hinterfragen und neu zu regeln, da diese Abläufe häufig beeinträchtigen.

Im GuKG ist das Vorschlagsrecht im interdisziplinären Kontext verankert, aber es kann aufgrund fehlender Strukturen und fehlender Einbindung des gehobenen Dienstes in Bereiche der Gesundheitsförderung und Prävention nicht umgesetzt werden.

Interdisziplinäre Aufgaben, die noch verstärkt vom gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege **autonom** wahrgenommen werden sollen, umfassen diverse Prozessabläufe sowie Managementfunktionen rund um Patienten/Patientinnen, Bewohner/Bewohnerinnen, Klienten/Klientinnen. Dazu zählen das Entlassungsmanagement sowie diverse andere Systemübergänge, Prozessmanagement – meint die Begleitung der Person von der Aufnahme bis zur Entlassung und die Organisation des Ablaufes im Sinne eines klinischen Pfades.

Als hilfreich werden Poolkompetenzen (also Kompetenzen, die mehrere Berufe gemeinsam haben) gesehen. Diese Kompetenzen sind Fähigkeiten, die mehreren Berufen gemeinsam sind, und auch von allen angewandt werden können. Dadurch wird effizientes Arbeiten ermöglicht. Dem gehobenen Dienst kommt in diesem Kontext eine Drehscheibenfunktion zu, d. h. es gilt zu erkennen und zu entscheiden, ab wann welche Berufsgruppe herangezogen werden muss, um zu einem besseren Therapieergebnis zu kommen.

5 Reformvorschläge

Nach Analyse unterschiedlicher Datensammlungen im Rahmen der GuKG-Evaluation wird ein systematisch und sinnvoll gestuftes Pflegeaus- und Weiterbildungssystem vorgeschlagen, das der Personal(einsatz)planung unterschiedliche Qualifikationsstufen für den bedarfsorientierten und jeweils erforderlichen Skill- und Grade-Mix im Pflegebereich zur Verfügung stellt.

Daraus ergeben sich für die gesamte Systematik der Aus- und Weiterbildungen von Gesundheits- und Krankenpflegeberufen nötige Modifikationen unter Berücksichtigung folgender Prämissen.

5.1 Bedarfsorientierung durch mehr Flexibilität

Die Bildungssystematik für Pflegeberufe und die dazu notwendigen gesetzlichen Regelungen sind so offen zu gestalten, dass auf aktuelle Veränderungen und Anforderungen rasch reagiert werden kann. Dies bezieht sich sowohl auf fachliche Veränderungen als auch auf die Weiterentwicklung von für Spezialisierung erforderlichen Lehr- und Studiengängen. Flexibilität bedeutet zudem, Bildungsangebote aufeinander aufbauend und modular zu gestalten. Etwa bei Spezialisierungen nach der Grundausbildung können Hochschul-Ausbildungen modular gestuft angeboten werden. Art und Umfang der Spezialisierungen müssen sich am Bedarf orientieren. Sie werden nur dann angenommen werden, wenn es in der Praxis entsprechende Aufgabenbereiche, Funktionen und Einsatzmöglichkeiten gibt.

5.2 Konkurrenzfähig und attraktiv werden

Für die Pflegeausbildung im gehobenen Dienst bedeutet konkurrenzfähig zu bleiben, zwingend den Bachelorabschluss und für die Pflegehilfe die bedarfsorientierte Spezialisierung. Der Lückenschluss im Sekundarbereich muss gelingen. Es sind bereits nach dem Pflichtschulabschluss die Weichen in Richtung Pflegeberufe zu stellen. Insbesondere Berufsumsteiger/innen und Menschen mit informell erworbener Pflegeerfahrung sind für die berufliche Pflege zu gewinnen. Darüber hinaus wird die Attraktivität der Ausbildungen auch von pädagogisch-didaktischer Offenheit, der Anschlussfähigkeit der Ausbildung an andere sowie der Qualität des Lehrpersonals und der Art und Weise der praktischen Ausbildung gefördert.

5.3 Prinzip des lebenslangen Lernens berücksichtigen

Bildungsangebote sind auf die gesamte erwerbstätige Lebensspanne auszurichten, entsprechend flexibel zu gestalten und Fachkarrieren für alle Berufe sowie Höherqualifizierung sind zu ermöglichen. Bildungsangebote und -bedingungen sind so zu gestalten, dass eine Absolvierung einer Pflegeausbildung in jeder Lebenssituation möglich und für jedes Lebensalter attraktiv ist. Dabei ist darauf zu achten, dass Qualität und fachliche Kompetenz in ausreichendem Maß sichergestellt sind.

Ausbildungen müssen zielgruppenorientiert gestaltet werden. Das bedeutet, vermehrt berufsbegleitende und modular gestaltete Ausbildungen mit Lehr-/Lernkonzepten wie distance und blended learning (z. B. Fernstudium kombiniert mit Präsenzphasen) anzubieten und unterschiedliche didaktische Konzepte, die auf verschiedene Lernvoraussetzungen, Bedürfnisse und Möglichkeiten der Lernenden gezielt eingehen, zu verwenden. Die Pflege(aus)bildung wird in Zukunft wesentlich mehr auf das Segment Erwachsenenbildung fokussieren müssen, um Pflegepersonen durch Spezialisierung Fachkarrieren zu ermöglichen, die Pflege als Betätigungsfeld und Erwerbsmöglichkeit ausreichend und nachhaltig attraktiv machen.

Im Rahmen von Kompetenzbilanzen soll die Möglichkeit geschaffen werden, informell, u. a. die durch Pflege von Angehörigen und/oder durch Berufserfahrung erworbenen Pflegekompetenzen für formale Bildungsprozesse anhand eigens dafür entwickelter Assessmentinstrumente und -verfahren anzurechnen (Nationaler Qualifikationsrahmens in Österreich 2009).

5.4 Generalisierung vor Spezialisierung

Pflegeberufe folgen dem Prinzip: generalistische Kompetenzen vor speziellen. Das bedeutet, dass die Grundausbildungen primär so konzipiert sein sollen, dass aufgabenbezogen die jeweils nötigen Basiskompetenzen vermittelt werden, die auf die verschiedenen Zielgruppen und Settings angewandt werden können. Daran anschließend erfolgt eine fachliche Spezialisierung, um den Herausforderungen der jeweiligen Bereiche gerecht zu werden. Damit ergibt sich eine fachliche Differenzierung in den Pflegeberufen, die mit entsprechenden Verantwortungen und fachlichem Leadership verknüpft werden kann.

5.5 Durchlässigkeit gewährleisten

Bildungssysteme, insbesondere berufliche, müssen die Durchlässigkeit zwischen den verschiedenen Bildungsbereichen und -optionen bestmöglich sicherstellen, um Chancengleichheit herzustellen und die Beschäftigungsfähigkeit von Menschen lebenslang zu sichern. Bildungswege dürfen keine „Bildungssackgassen“ sein.

Durchlässigkeit ist erstens von einer Qualifikationsstufe zur nächsten zu gewährleisten (vertikale Durchlässigkeit) und zweitens zwischen den unterschiedlichen Qualifizierungsorten bzw. den gleichen formalen und fachlichen Ausbildungsebenen weiterhin sicherzustellen und auszubauen (horizontale Durchlässigkeit). Zum Beispiel von GuK-Schule zu GuK-Schule oder Hochschule zu Hochschule, von einem Bundesland oder EU-Staat zum anderen.

5.6 Handlungskompetenz entwickeln

Pflegeausbildungen müssen durch theoretischen und praktischen Unterricht sowie Berufspraktika auf berufliche Handlungskompetenz fokussieren, die an den zwei Lernorten Schule und Praxis entwickelt wird. Der Lernort „Praxis“ wird seiner Ausbildungsaufgabe derzeit nicht gerecht. Die Hauptursachen dafür sind: fehlende Rahmenbedingungen (zu wenig Zeit für Praxisanleitung, fehlende Verankerung der Praxisanleitung im Stellenplan, mangelnde Lehrkompetenz der anleitenden Pflegefachkräfte) und die Tatsache, dass die Ausbildungsverantwortung formal ausschließlich bei den Ausbildungseinrichtungen (den GuK-Schulen) verankert ist. Aus diesem Grund muss kurzfristig zwingend ein dritter Lernort für Kompetenzentwicklung in der Praxis eingeführt werden (u. a. Praxiswerkstatt, Schul-/Lehr-/Lernstationen) und mittelfristig die einseitige Verantwortungszuschreibung kritisch diskutiert und zielführend geklärt werden. Darüber hinaus sind die Qualitätsstandards für die praktische Ausbildung zu präzisieren und deren Einhaltung ist vor Ort zu prüfen.

5.7 Aus- und Weiterbildungskonzept

Um den künftigen Bedarf an Pflegeleistungen in allen Settings für Menschen in jedem Lebensalter sowie in verschiedenen Organisationsformen (Familien, Betrieben, Gemeinden) decken zu können, muss Pflegekompetenz auf allen vorhandenen Bildungstufen angeboten und ausgeschöpft werden.

5.7.1 Qualifikationsstufen und –systematik

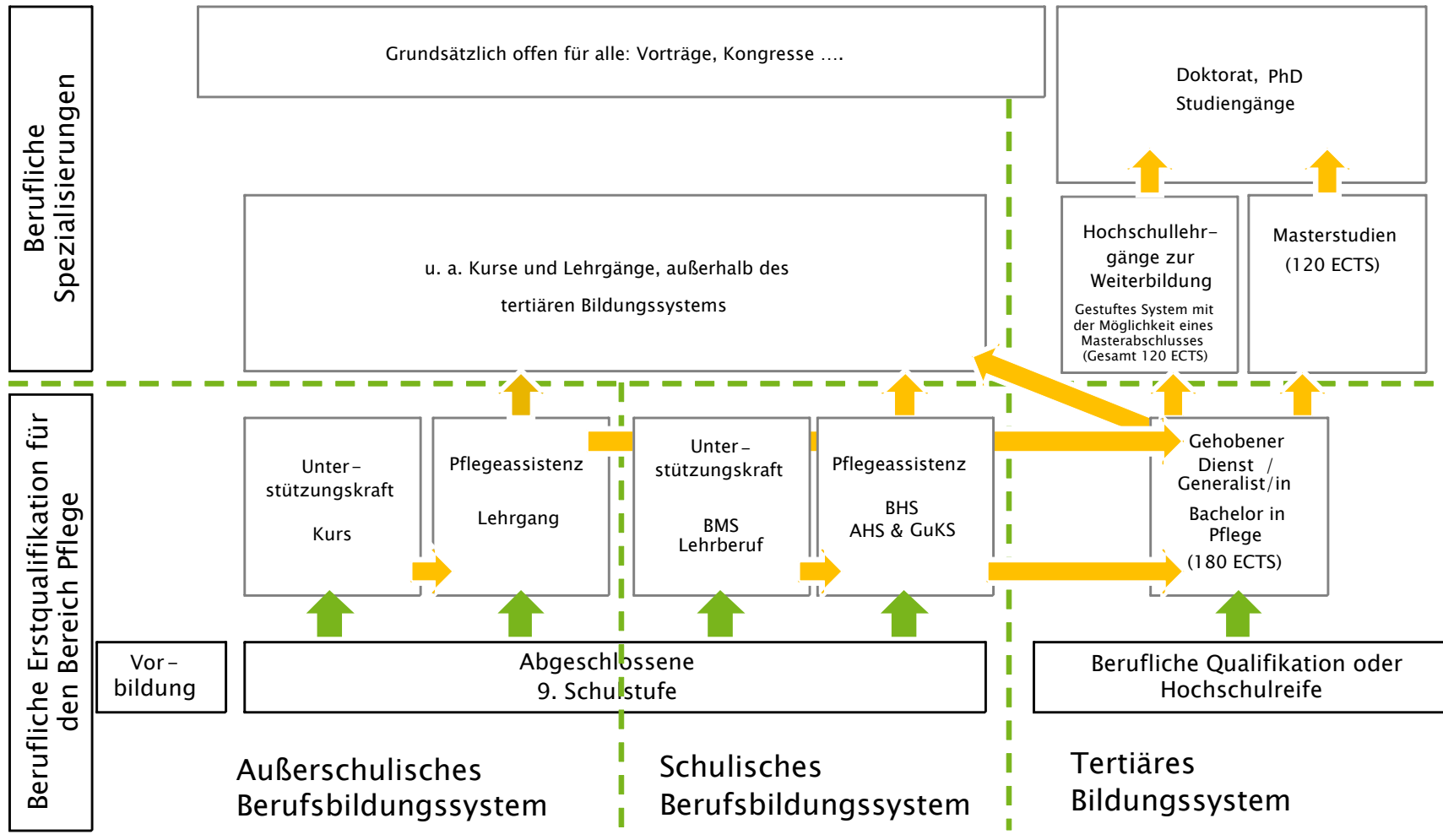
Im Folgenden werden Pflegeberufe bzw. die Unterstützungskraft und deren Ansiedelung im Bildungssystem dargestellt. Basis der Reformansätze ist das „ICN Nursing Care Continuum Framework and Competencies“ (International Council of Nurses 2008). In diesem Modell werden Berufe anhand von Pflegekompetenzen in insgesamt fünf aufeinander aufbauenden Stufen systematisch differenziert und mit Bezug zu zentralen Handlungsfeldern der Pflege im Detail beschrieben. Der Kompetenzstufe 1 des ICN entspricht in diesem Modell die Unterstützungskraft, der Kompetenzstufe 2 die Pflegeassistenz, der Kompetenzstufe 3 der generalistisch ausgebildete gehobene Dienst. Die Kompetenzstufen 4 und 5 werden durch die Spezialistinnen/Spezialisten des gehobenen Dienstes abgebildet.

- 0) Unterstützungskraft
- 1) Pflegeassistenz
- 2) Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege / Generalist/in
- 3) Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege / Spezialist/in
 - 3a) Spezialist/in mit Fach-/Kompetenzvertiefung
 - 3b) Spezialist/in mit Fach-/Kompetenzerweiterung

Bewusst werden Unterstützungskräfte in diesem Reformansatz mit berücksichtigt, um den Gesamtanforderungen im Handlungsfeld Pflege Rechnung zu tragen. Langfristig wäre eine gemeinsame Betrachtung von Gesundheits- und Pflegebereich unter Berücksichtigung der Sozialbetreuungsberufe angezeigt. Alle drei Qualifikationsstufen sowie die Unterstützungsstufe sollen in allen Settings der Gesundheits- und Krankenpflege eingesetzt werden können.

Die Abbildung 5.1 stellt die Pflegeberufe und die Unterstützungskraft sowie die Verortung im Bildungswesen dar.

Abbildung 5.1:
Einbettung der künftigen Pflegeberufe in das Bildungssystem



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Bei der Entwicklung des Konzeptes waren die oben angeführten Prämissen sowie die Differenzierung zwischen dem Erwerb der beruflichen Erstqualifizierung und aufbauenden Spezialisierungen handlungsleitend. Als Alternative zu derzeitigen Sonderaus- und Weiterbildungen wird vorgeschlagen, zwischen kompetenzvertiefender und kompetenzerweiternder Spezialisierung anhand definierter Kriterien zu unterscheiden. Ausgangspunkt der Ausführungen ist die geltende Rechtslage insbesondere das GuKG, ÄrzteG und die Art. 15a B-VG-Vereinbarung über Sozialbetreuungsberufe.

5.7.2 Kompetenzvertiefende Spezialisierungen

Kontextbezogene kompetenzvertiefende Spezialisierungen sind für alle Qualifikationsstufen vorgesehen. Sie sind vertiefend, wenn sie im Rahmen der Grundausbildung erworbene Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten aufgreifen und ausbauen. Mit diesem Ausbau ist keine Erweiterung der Befugnisse, sondern eine Festigung, Aktualisierung und Intensivierung der Handlungskompetenz verbunden. Weiterführende kompetenzvertiefende Bildungsangebote sind daher vielfältig, beginnend bei Vorträgen, Kursen (inner- und außerbetrieblich) mit und ohne Zertifikate als Abschluss bis hin zu Aufbaulehrgängen innerhalb und außerhalb universitärer Einrichtungen.

Der Übergang zwischen kompetenzvertiefenden und -erweiternden Spezialisierungen ist teilweise fließend. Ein Beispiel wäre die Basale Stimulation®; diese Technik wird in der Grundausbildung gelernt und im Rahmen von aufbauenden Kursen vertieft. Für Multiplikatorinnen/Multiplikatoren, Kursleiter/innen und Praxisbegleiter/innen sind aufgrund der Rollenerweiterung kompetenzerweiternde Ausbildungen anzubieten.

5.7.3 Kompetenzerweiternde Spezialisierungen

Aufgaben- und befugnisbezogene Erweiterungen des Berufsbildes werden im Rahmen kompetenzerweiternder Spezialisierungen erworben. Diese führen dazu, dass es aufbauend auf die jeweilige Grundausbildung zu einer Ausdehnung des Aufgaben- und Verantwortungsbereichs¹ kommt. Kompetenzerweiterung bedeutet erweiterte Befug-

1

Der hier verwendete Kompetenzbegriff basiert auf den mit einer Stelle (Stellenbeschreibung), einer Position verbundenen Befugnissen und soll für die Differenzierung von Spezialisierungen herangezogen werden. Erst wenn die Spezialisierung einen Zuwachs an Befugnissen, die über die Grenzen des definierten Kompetenzbereichs hinausgehen, mit sich bringt, wird von kompetenzerweiternder Spezialisierung gesprochen. In den Ausbildungen dazu sind natürlich die dazu erforderlichen Kompetenzen – im Sinne von „Fähigkeit zu ...“ in den Bereichen Fach-, Sozial- und Selbstkompetenz / personaler Kompetenz zu entwickeln.

nisse zur Ausübung des Berufes und/oder eine Rollenerweiterung. Kompetenzerweiterungen sind ein Differenzierungsmerkmal innerhalb einer Berufsgruppe und führen zu einer fachlichen Hierarchie.

Als kompetenzerweiternd muss angesehen werden:

- » wenn eine andere Funktion, als die der direkt in der Pflege Tätigen übernommen wird. Zum Beispiel Lehrers/Lehrerin, Manager/Managerin, Gutachter/Gutachterin (wie z. B. Pflegegeldeinstufung), Forscher/Forscherin.
- » wenn Kernaufgaben anderer Berufe übernommen werden, wie z. B. Verschreibung von Medizinprodukten und Arzneimitteln.
- » wenn sich der Fokus der Pflege von der Individuumsorientierung zur System- und Bevölkerungsorientierung verlagert, wie z. B. Familiengesundheitspflege, Public Health Nursing, Community Nursing.
- » wenn mit der pflegerischen Arbeit die Aufgabe verknüpft ist, die Pflegepraxis wissenschaftlich zu reflektieren, zu beforschen, zu entwickeln und fachliches Leadership zu übernehmen.

Die Organisationsformen kompetenzerweiternder Spezialisierungen sind vielfältig, beginnend bei Lehrgängen bis hin zu Universitäts-, Masterlehrgängen und Doktoratsstudium innerhalb und außerhalb tertiärer Einrichtungen.

Kompetenzerweiterung ist an anerkannte Abschlüsse zu koppeln. Die Form der Anerkennung wird vom jeweiligen Kontext abhängen und gegebenenfalls im Berufsgesetz zu verankern sein.

5.7.4 Aufbau von Spezialisierungen

Lebenslangem und berufsbegleitendem Lernen dienlich sind fachlich gestufte kompetenzvertiefende und -erweiternde Spezialisierungen, bei welchen jede Stufe mit einer bestimmten Kompetenz verknüpft ist. Ausgerichtet sind diese gestuften Kompetenzen an einem zu definierenden Qualifikationsprofil. Die Erreichung des gesamten Qualifikationsprofils ist aber nicht zwingend vorgesehen. Welche Abschlüsse sich für gestufte Spezialisierungen eignen, ist noch zu klären. Dieses gestufte Prinzip kann nicht auf alle Spezialisierungen angewandt werden. Bei manchen Spezialisierungen sind Ausbildungen auf Masterebene, die zu PhD- oder Doktoratsstudien berechtigen, erforderlich. Dies trifft insbesondere zu auf Advanced Nursing Practitioner (ANP), Lehrer/innen, Forscher/innen und Manager/innen der oberen Führungsebene.

5.7.5 Qualifizierungswege

Im Zentrum der Gesundheits- und Krankenpflege steht der im Hochschulbereich und generalistisch ausgebildete gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, ergänzt um Angehörige des gehobenen Dienstes mit Spezialisierung(en). Weiters werden kompetenz- und bedarfsorientiert Pflegeassistentinnen/Pflegeassistenten und Unterstützungskräfte eingebunden.

Ziel ist es, die Weichen in einem Pflegeberuf früh zu stellen und das Interesse zu wecken. Der Einstieg in den Gesundheits- und Pflegebereich soll bereits nach absolvierter Schulpflicht unter Nutzung der Möglichkeiten des Berufsbildungssystems möglich sein. Modulare Ausbildungen gewährleisten dabei die Durchlässigkeit.

Die Qualifizierungswege zu den einzelnen Qualifikationsniveaus werden unter Nutzung der gesamten Bildungslandschaft, entsprechend dem Bildungsziel und der Zielgruppe, angeboten und qualifizieren für den Einstieg in den jeweiligen Beruf mit der damit verbundenen Berufsberechtigung. Die Qualifizierungswege beginnen bei Kursen für Ausbildungen auf einer einfachen Ebene (Unterstützungskraft) bis hin zum berufsqualifizierenden Studium im Hochschulbereich (gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege), welche aber immer mit einem berufsqualifizierenden Abschluss versehen sein müssen. Sowohl der zeitliche als auch inhaltliche Umfang dieser Ausbildungen variiert und hängt von verschiedenen Faktoren ab (z. B. für den gehobenen Dienst von den Vorgaben der EU, den Qualifikationsprofilen).

Ziel ist es, die bestehende berufliche Bildungslandschaft Österreichs für die verschiedenen Qualifikationsstufen im Pflegebereich optimal zu nutzen.

Tabelle 5.1:

Aus- und Weiterbildungskonzept: Unterstützungskraft

Aufgaben- und Kompetenzprofil	Unterstützungskräfte sind Personen, die primär für hauswirtschaftliche, organisatorische/logistische, administrative und/oder hygienische Aufgaben eingesetzt werden. Erst sekundär können sie nach Auftrag einfache Pflegetätigkeiten in einem vorstrukturierten Kontext übernehmen, stehen unter Aufsicht und können auch von anderen Fachkräften zur Unterstützung herangezogen werden.
Verortung im Bildungssystem	<p>Die Ausbildung zur Unterstützungskraft ist in unterschiedlicher Form und in unterschiedlichen Zusammenhängen möglich:</p> <p>a) im außerschulischen Kurssystem (analog der Heimhilfe mit Schwerpunkt Krankenhaus oder Pflegeheim)</p> <p>b) als Bestandteil von bestehenden oder ggf. neu zu konzipierenden berufsbildenden mittleren Schulen im Regelschulwesen / schulischen Berufsbildungssystem</p> <p>c) oder integriert in einen noch neu zu konzipierenden Lehrberuf für das Gesundheitswesen.</p> <p>Ad a) Außerschulisches Berufsbildungssystem: Für Erwachsene soll diese Ausbildung auch im Rahmen von Kursen unter vielfältiger Trägerschaft angeboten werden wie z. B. von Gesundheits- und Krankenpflegeschulen, Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, Trägern der freien Wohlfahrt sowie Erwachsenenbildungseinrichtungen wie BFI und WIFI. Eine Einschränkung des Qualifikationsprofils auf eine Auswahl bestimmter Aufgaben/Qualifikationen ist möglich, um Erwachsenen einen niedrigschwelligen Beschäftigungszugang zu ermöglichen. Qualifikationsprofile und modulare Gestaltungsmöglichkeiten sollen bundesweit einheitlich geregelt werden. Vor dem Kurs (formal, non-formal und informell) erworbene Kompetenzen sollen über spezielle Anrechnungsverfahren angerechnet werden können. Mit den folgenden zwei Qualifikationsmöglichkeiten soll insbesondere der Lückenschluss zur Pflichtschule erfolgen, um einen frühen und niedrigschwelligen Zugang für eine Tätigkeit im Gesundheitswesen zu schaffen.</p> <p>Ad b) Schulisches Berufsbildungssystem: Die Qualifikation als Unterstützungskraft soll in bestehende berufsbildende Ausbildungen integriert werden, insbesondere an berufsbildenden mittleren Schulen. Nachdem das Qualifikationsprofil, dem gesamten oben angeführten Aufgaben- und Kompetenzprofil entsprechen soll, kann es ggf. zielführend sein neue Ausbildungen in diese Richtung an der BMS zu schaffen, um insbesondere Jugendlichen einen Berufsabschluss für diesen Bereich zu ermöglichen.</p> <p>Ad c) Lehrlingsausbildung (Lehrbetrieb und Berufsschule) Das Qualifikationsprofil soll dem gesamten Aufgaben- und Kompetenzprofil entsprechen, um insbesondere Jugendlichen einen Berufsabschluss zu ermöglichen. Den berufsschulischen Ausbildungsanteil könnten Gesundheits- und Krankenpflegeschulen anbieten.</p>
Umfang der Ausbildung	Unabhängig von der Anbindung der Ausbildung soll eine theoretische und praktische Ausbildung angeboten werden. Der Ausbildungsumfang wäre auf Basis des Qualifikationsprofils noch zu quantifizieren.
Vorbildung	Erfüllung der allgemeinen Schulpflicht (= 9 Schulstufen)
Zielgruppen	Jugendliche und Erwachsene
Durchlässigkeit und aufbauende Qualifikationen	Horizontal: zwischen Ausbildungen zur Unterstützungskraft im schulischen und außerschulischen Berufsbildungssystem Vertikal: in Richtung der aufbauenden Ausbildung zur Pflegeassistenz oder Fachsozialbetreuung oder modular in Richtung zukünftige MAB (Medizinische Assistenzberufe)
Spezialisierungen	Settingspezifische Vertiefungen sind möglich, kompetenzerweiternde sind nicht vorgesehen
Qualitätssicherung	Durch Bundes- und Landesbehörden

Tabelle 5.2:

Aus- und Weiterbildungskonzept: Pflegeassistenz

Aufgaben- und Kompetenzprofil	Pflegeassistent/innen werden schwerpunktmäßig für krankenpflegerische Aufgaben im Rahmen der Akut- und Langzeitversorgung d. h. im Krankenhaus, im Alten-/Pfleheim, in Behindertenbetreuungseinrichtungen und in der mobilen Pflege eingesetzt. Sie übernehmen pflegerische Aufgaben und pflegetherapeutische Interventionen sowie medizinisch-diagnostische und -therapeutische Aufgaben nach Anordnung, in einfachen, stabilen und relativ sicheren Situation, ohne Aufsicht in der Durchführung. In komplexen, instabilen, kritischen Situationen arbeiten sie zusätzlich unter Aufsicht. Ferner sind sie für die unmittelbare Organisation des individuellen Umfeldes der zu betreuenden Personen verantwortlich. Dazu zählen neben der Aufrechterhaltung von Sozialkontakten und das Sicherstellen von Lebensqualität auch die Begleitung bei therapeutischen Eingriffen und Behandlungen sowie die Unterstützung in der Bewältigung des Alltags.
Verortung im Bildungssystem	Schulisches Berufsbildungssystem: Auch mit dieser Qualifikationsstufe soll der Lückenschluss zur Pflichtschule erfolgen. Die Qualifikation für die Pflegeassistenz soll entweder in bestehende berufsbildende höhere Schulen integriert werden oder im Rahmen neuer Bildungsk Kooperationen von GuKS mit BHS und AHS. Außerschulisches Berufsbildungssystem: Für Erwachsene soll diese Ausbildung schwerpunktmäßig an Gesundheits- und Krankenpfleges chulen angeboten werden. Vor dem Lehrgang (formal, non-formal und informell) erworbene Kompetenzen sollen über spezielle Anrechnungsverfahren angerechnet werden können.
Umfang der Ausbildung	Die Ausbildung soll modular erfolgen, um den bereichsspezifischen Anforderungen zielgenau entsprechen zu können. Insbesondere für den Bereich der Akutversorgung bedarf es ebenfalls eines über die derzeitige Pflegehilfeausbildung hinausgehenden zusätzlichen Ausbildungsmoduls. Der Ausbildungsumfang wäre auf Basis des Qualifikationsprofils noch zu quantifizieren.
Vorbildung	Erfüllung der allgemeinen Schulpflicht (= 9 Schulstufen)
Zielgruppen	Jugendliche und Erwachsene
Durchlässigkeit und aufbauende Qualifikation	Horizontal: zwischen Ausbildungen zur Pflegeassistenz im schulischen und außerschulischen Berufsbildungssystem und zur Ausbildung von Fachsozialbetreuerinnen/Fachsozialbetreuern Vertikal: In Richtung gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, Diplomsozialbetreuung
Spezialisierungen	Sind kompetenzvertiefend und -erweiternd möglich
Qualitätssicherung	Durch Bundes- und Landesbehörden, Vergleichbarkeit auf Bundesebene muss gegeben sein

Tabelle 5.3:

Aus- und Weiterbildungskonzept: Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege – Generalistische Ausbildung

Aufgaben- und Kompetenzprofil	Angehörige des gehobenen Dienstes auf Ebene der Generalistinnen/Generalisten verfügen über fundierte Kenntnisse, Fähig- und Fertigkeiten einschließlich kritischer Urteilsfähigkeit in den Kernaufgaben der professionellen Pflege für alle Settings und Zielgruppen der Gesundheits- und Krankenpflege auf einer umfassenden, jedoch nicht spezialisierten Ebene. Sie planen, organisieren autonom pflegerische Aufgaben und pflegetherapeutische Interventionen ¹ sowie im Rahmen des Auftrages medizinisch-diagnostische und -therapeutische Aufgaben und übernehmen deren Durchführung insbesondere in außergewöhnlichen, komplexen und anspruchsvollen/kritischen Situationen. Sie sind eigenverantwortlich im Sinne einer Profession tätig und übernehmen die pflegefachliche Führung inklusive Einschätzung/Assessment und kritischer Urteilsbildung, Delegation, Anleitung und Supervision von anderen Pflegeberufen in der Pflegepraxis, organisieren und planen Prozesse (z. B. patientenbezogene Abläufe im Krankenhaus oder den Prozess der mobilen Pflege) und sind kompetenter Partner/kompetente Partnerin in im multiprofessionellen Team. Sie tragen die Verantwortung für die Qualität, die Sicherheit und die Angemessenheit/Aktualität/Richtigkeit der angebotenen pflegerischen Leistungen.
Verortung im Bildungssystem	Tertiäres Bildungssystem, an Fachhochschulen und/oder Universitäten auf Bachelorebene Mischsysteme zwischen Sekundarstufe 2 und tertiärem Bildungsbereich sind nicht vorgesehen.
Vorbildung	Hochschulreife oder einschlägige berufliche Qualifikation
Zielgruppen	Maturantinnen/Maturanten oder Personen mit entsprechender einschlägiger beruflicher Qualifikation
Durchlässigkeit und aufbauende Qualifikationen	Horizontal: Zwischen Fachhochschulen und Universitäten national und international sowie in andere gesundheitsbezogene Studiengänge Vertikal: Akademische Höherqualifikation gemäß hochschulrechtlicher Bestimmungen sowie einschlägige Spezialisierungen
Spezialisierungen	Sind kompetenzvertiefend und -erweiternd vorgesehen. Diese können sich aus dem Einsatzgebiet, den Zielgruppen, den Aufgaben, dem Fokus oder einer Rollenerweiterung ergeben. Z. B.: Intensivpflege, Kinder- und Jugendlichenpflege, psychiatrisch erkrankte Personen, Geriatrie, Hauskrankenpflege, Familie, Gemeinden, Lehre, Management, Forschung
Qualitätssicherung	Die Qualitätssicherung ist auf Bundesebene angesiedelt und erfolgt beim gehobenen Dienst mehrfach: einerseits durch das BMG unter Berücksichtigung der Vorgaben der EU, und andererseits verfügen Universitäten und Fachhochschulen über spezifische hochschulrechtliche Bestimmungen, die ebenfalls zur Anwendung kommen.

¹

Der Umfang bewegt sich dabei von der Gesundheitsförderung bis zur Begleitung Sterbender

Tabelle 5.4:

Aus- und Weiterbildungskonzept: Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege – Kompetenzvertiefende Spezialisierung

Aufgaben- und Kompetenzprofil	<p>Kompetenzvertiefung erfordert kritisches Bewusstsein und ist mit der Festigung, der Aktualisierung und der Intensivierung der Handlungskompetenz basierend auf der Grundausbildung verbunden. Kompetenzvertiefung bedeutet aber nicht mehr Autonomie, mehr Verantwortung oder mehr Kontrollfunktion. Kompetenzvertiefung trifft zu wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> » es zur Vertiefung von Fachkenntnissen, wie zum Beispiel in Pflfetechniken, Assessmentverfahren oder der Qualitätssicherung des Pflegeprozesses kommt; » man sich auf bestimmte Zielgruppen (z. B. Kinder- und Jugendliche, alte Menschen, spezielle Erkrankungsbilder) spezialisiert, ohne dass damit eine Erweiterung des Aufgabenprofils und der Befugnisse einhergeht; » man sich auf bestimmte Einsatzgebiete/Funktionsbereiche (Intensivbehandlungsstation, Dialysestation, OP, Anästhesie ...) spezialisiert, ohne dass damit eine Erweiterung des Aufgabenprofils und der Befugnisse einhergeht; » es zur Vertiefung in den Schlüsselqualifikationen, die im Bereich der Pflege genutzt werden, wie z. B. Teamleitung, Kommunikationsfähigkeit; » der Erwerb zusätzlicher Kenntnisse und Fertigkeiten zur Durchführung medizinisch-diagnostischer und -therapeutischer Aufgaben befähigt. <p>Ob eine Spezialisierung kompetenzvertiefend oder -erweiternd ist, hängt nicht vom Fachbereich, sondern dem Aufgabenprofil innerhalb des Fachbereichs ab. Die derzeitigen Aufgaben- und Kompetenzprofil in der Kinder- und Jugendlichenpflege, in der psychiatrischen GuK, der Intensivpflege, der Nierenersatztherapie, der Pflege im Anästhesie- und OP-Bereich sowie alle derzeitigen Weiterbildungen wie geriatrische Pflege, Diabetesberatung etc. sind kompetenzvertiefend. In Zukunft kann der Übergang von kompetenzvertiefender zu kompetenzerweiternder Spezialisierung fließend sein. Kriterien und Beispiele für kompetenzerweiternde Spezialisierungen sind unter Punkt 4.2.5 angeführt.</p>
Verortung im Bildungssystem	Kompetenzvertiefende Spezialisierungen sind in den jeweils existierenden beruflichen Bildungsbereichen möglich.
Vorbildung	Bachelor im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege
Zielgruppe	Bachelorabsolventinnen/ -absolventen im gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege
Durchlässigkeit und aufbauende Qualifikation	<p>Horizontal: Abhängig von der Art der Vertiefung, allerdings sollten Befähigungsnachweise einrichtungsübergreifende Gültigkeit haben</p> <p>Vertikal: In Richtung Master, PhD und Doktorat gemäß hochschulischer Rahmenbedingungen</p>
Qualitätssicherung	Genehmigungs- und Anerkennungs-, Evaluierungsverfahren im hochschulischen Bereich bzw. im Gesundheitsressort (Bundes- und Landesebene) Strukturqualitätssichernde Maßnahmen sind in den dafür vorgesehenen Instrumenten vorzusehen (z. B. Österreichischer Strukturplan Gesundheit; regionale Strukturpläne Gesundheit).

Tabelle 5.5:

Aus- und Weiterbildungskonzept: Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege – Kompetenzerweiternde Spezialisierung

<p>Aufgaben- und Kompetenzprofil</p>	<p>Kompetenzerweiterung erfordert kritisches Bewusstsein und ist immer mit mehr Autonomie/Selbstbestimmung, mehr Verantwortung und mehr Kontrollfunktion verbunden. Dies trifft zu</p> <ul style="list-style-type: none"> » bei einem Zuwachs an Befugnissen (i. S. der Übernahme von Kernaufgaben anderer Berufe, die über die jeweils geltende gesetzliche Regelung hinausgeht); » bei Leitung- und Gestaltung komplexer, unvorhersehbarer Arbeitskontexte, die neue strategische Ansätze erfordern; » bei der Anwendung wissenschaftlicher Methoden und Umsetzung von Forschungsergebnissen im klinischen Kontext um Beiträge zum Fachwissen und zur Weiterentwicklung der Berufspraxis zu leisten; » bei spezialisierter Problemlösungen im Bereich Forschung und oder Innovation, um neue Erkenntnisse zu gewinnen und neue Verfahren zu entwickeln sowie um Wissen aus verschiedenen Bereichen zu integrieren; » wenn der Wirkungskreis deutlich über die Individuumsorientierung hinausgeht; » wenn der Wirkungskreis in Richtung Lehr- und Führungsaufgaben erweitert wird. <p>Die derzeitigen Aufgaben- und Kompetenzprofile von der Hygienefachkraft, der Lehrer/innen für GuK sowie der Pflegedienstleitung sind als kompetenzerweiternd einzustufen. In Zukunft an Bedeutung gewinnende Beispiele sind das Aufgaben- und Kompetenzprofil der Advanced Nurse Practitioner (ANP): Übernahme erweiterter und vertiefter Aufgaben (Übernahme einer Reihe ärztlicher Aufgaben, clinical leadership, Gestaltung der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit, Anwendung wissenschaftlicher Methoden, Umsetzung von Forschungsergebnissen, Konsultationen in komplexen Pflegesituationen und Leitung ethischer Entscheidungsfindung), im Handlungsfeld Pflege mit dem Ziel das Fach Pflege zu entwickeln. Zum Beispiel.: ANPs für chronische Krankheiten insbesondere: Diabetes, COPD oder Familiengesundheitspflege, Public Health, Care Management. Das Studium der Pflegewissenschaft stellt ebenfalls eine Kompetenzerweiterung dar und steht ausschließlich Absolventinnen/Absolventen der beruflichen Erstausbildung auf Bachelorebene offen.</p>
<p>Verortung im Bildungssystem</p>	<p>Für hauptberuflich Lehrende, Manager/innen (i. S. Gesamtleitung des Pflegedienstes in letztverantwortlicher Position) sowie ANP und Forscher/innen an: Hochschule, Abschluss Master mit Berechtigung zum Doktorats- oder PhD-Studium Andere kompetenzerweiternde Spezialisierungen können sowohl an Hochschulen im Rahmen von hochschulischen Lehrgängen zur Weiterbildung oder Masterstudien sowie in der sonstigen beruflichen Erwachsenenbildung angesiedelt sein.</p>
<p>Vorbildung</p>	<p>Bachelor in der GuK sowie Berufserfahrung</p>
<p>Zielgruppen</p>	<p>Bachelor in der GuK sowie Berufserfahrung</p>
<p>Durchlässigkeit und aufbauende Qualifikationen</p>	<p>Horizontal: Zwischen einschlägigen nationalen und internationalen hochschulischen Lehrgängen für Weiterbildung, Masterstudien Vertikal: In Richtung PhD und Doktorat gemäß hochschulischer Rahmenbedingungen</p>
<p>Qualitätssicherung</p>	<p>Genehmigungs- und Anerkennungs-, Evaluierungsverfahren im hochschulischen Bereich bzw. im Gesundheitsressort (Bundes- und Landesebene) Strukturqualitätssichernde Maßnahmen sind in den dafür vorgesehenen Instrumenten vorzusehen (z. B. Österreichischer Strukturplan Gesundheit; regionale Strukturpläne Gesundheit).</p>

5.8 Bewertung der Reformansätze

Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) veranstaltete im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) am 26. 9. 2011 eine Konferenz, in der Reformansätze für die Ausbildungen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe diskutiert wurden.

An der Konferenz nahmen rd. 300 Personen, überwiegend aus dem Betreuungs-, Pflege- und Ausbildungsbereich (inkl. Managementebene), den Gesundheits- und Sozialbehörden der Länder, den Krankenanstaltengesellschaften, den Trägerorganisationen der Freien Wohlfahrt, den Interessenvertretungen (nicht nur der Pflegeberufe) und aus der Pflegewissenschaft teil.

Ziel der Konferenz war, die Akzeptanz der zur Diskussion gestellten Reformansätze für die Ausbildungen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe in Erfahrung zu bringen und für das Projekt „Evaluation der Aus- und Weiterbildungsbereiche der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe“ zu dokumentieren.

Das nachstehend zusammengefasste Abstimmungsergebnis liefert ein Stimmungsbild zu den vorgestellten Reformansätzen aus Sicht der anwesenden Personen (vgl. Tabelle 5.6).

Tabelle 5.6:
Abstimmungsergebnis der Konferenz vom 26. 09. 2011

Fragestellungen, die im Rahmen des Votings bewertet wurden:	Akzeptanz Ergebnisse in Prozent ¹
Frage 7: Ist eine Verpflichtung zur Absolvierung einer Spezialisierung für Führungsaufgaben nach der generalistischen Grundausbildung wichtig?	94,3
Frage 6: Ist eine Verpflichtung zur Absolvierung einer Spezialisierung für Lehraufgaben nach der generalistischen Grundausbildung wichtig?	92,0
Frage 5: Ist eine Verpflichtung zur Absolvierung von Spezialisierungen nach der generalistischen Grundausbildung u. a. für Intensiv, Anästhesie, OP, Nierener-satztherapie, Krankenhaushygiene wichtig?	91,7
Frage 11: Ist ein Ausbildungsangebot zur Pflegehilfe/-assistenz im Rahmen von Lehrgängen in der Erwachsenenbildung wichtig?	88,0
Frage 1: Ist die Fortsetzung der Überführung der generalistischen Ausbildung zum gehobenen Dienst für GuK auf Bachelorebene wichtig?	87,7
Frage 10: Ist die Ermöglichung einer verpflichtenden Fach- und Kompetenzvertiefung für die Pflegehilfe/Pflegeassistenz wichtig?	85,4
Frage 17: Gesamtbewertung der Reformansätze: Sind die zur Diskussion gestellten Vorschläge zu befürworten?	85,0
Frage 15: Wäre die Konzentration der Pflegehilfe- /Pflegeassistenzausbildung an den derzeitigen Standorten der Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege wichtig?	72,5
Frage 9: Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege: Ist die Differenzierung zwischen Spezialisierungen für Fach- und Kompetenzvertiefung und Fach- und Kompetenzerweiterung nachvollziehbar?	68,7
Frage 8: Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege: Wäre die Auflösung der Differenzierung zwischen Sonderaus- und Weiterbildung sinnvoll?	68,1
Frage 16: Sind Ausbildungsangebote zur Unterstützungskraft, die mit der Kompetenz der Basisversorgung ausgestattet ist, unmittelbar nach Absolvierung der Schulpflicht im Rahmen von z. B. Berufsbildenden mittleren Schulen (BMS) wichtig?	62,1
Frage 4: Wäre eine zielgruppenorientierte Schwerpunktsetzung z. B. für Langzeit- oder Kinder- und Jugendlichenpflege im Rahmen der generalistischen Ausbildung zum gehobenen Dienst für GuK wichtig?	58,1
Frage 12: Ist ein Ausbildungsangebot zur Pflegehilfe/-assistenz im Rahmen einer Berufsbildenden Mittleren Schule (ohne Abschluss Matura) wichtig?	50,7
Frage 14: Ist ein Ausbildungsangebot zur Pflegehilfe/-assistenz im Rahmen einer Kooperation von PH/PA-Lehrgängen mit Allgemeinbildenden Höheren Schulen (AHS) wichtig?	39,4
Frage 2: Ist die Beibehaltung der speziellen Grundausbildung für die psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege wichtig?	38,5
Frage 13: Ist ein Ausbildungsangebot zur Pflegehilfe/-assistenz im Rahmen einer Berufsbildenden Höheren Schule (mit Abschluss Matura) wichtig?	33,3
Frage 3: Ist die Beibehaltung der speziellen Grundausbildung für Kinder- und Jugendlichenpflege wichtig?	29,1

Quelle: GÖG/ÖBIG

¹
Erklärung zur Akzeptanz-Berechnung: Es wurden je nach Antwort (z. B. sehr wichtig, eher wichtig, kaum wichtig, gar nicht wichtig) 3,2,1 oder 0 Punkte vergeben. Die errechneten Punkte wurden durch die Anzahl der möglich erreichbaren Punkte dividiert und so der Mittelwert ermittelt. Beispiel: es werden 110 Stimmen abgegeben – 63 x 3 Punkte (Antwort 1), 36 x 2 Punkte (Antwort 2), 7x 1 Punkt (Antwort 3), 4x 0 Punkte (Antwort 4). Maximal wären 330 Punkte erreichbar. Laut abgegebenen Stimmen wurden hier 268 Punkte vergeben, daraus ergibt sich: 268/330 -> 81,2 Prozent Akzeptanz

Literatur

Abt-Zegelin, A. (2002): Patienten- und Familienedukation in der Pflege. Das Originäre der Pflege entdecken. Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen. In: Deutscher Verein für Pflegewissenschaft EV (Ed)

Abt, Theres (2007): Der richtige Mix bringt's!: Handbuch für Projekte zu Skill- und Grademix im Bereich Pflege und Betreuung. OdA, Gesundheit beider Basel

Aiken, Linda H. (2011): RN4CAST: Evidence from Europe and the U.S. for Improving Nurse Retention and Patient Outcomes. 28th ISQUA International Conference. Hong Kong, 14th-17th September 2011

Amtsblatt der Europäischen Union (2005): Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen. L 255/22 DE, 30.9.2005

Amtsblatt der Europäischen Union (2008): Empfehlung des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. April 2008 zur Einrichtung des Europäischen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen. DE 2008/C 111/01

Anderson, Jill H. (2007): The Impact of Using Nursing Presence in a Community Heart Failure Program. In: Journal of Cardiovascular Nursing 22/2-89-94

Bachner, Florian; Ladurner, Joy; Habimana, Katharina; Ostermann, Herwig; Habl, Claudia (2012): Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Ausgabe 2011. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Gesundheit Österreich GmbH

Becker, Matthias; Spöttl, Georg (2006): Berufswissenschaftliche Forschung und deren empirische Relevanz für die Curriculumentwicklung. In: Qualifikationsentwicklung und -forschung für die berufliche Bildung
http://www.bwpat.de/ausgabe11/becker_spoettl_bwpat11.pdf 2006/11

Benner, Patricia (1994): Stufen zur Pflegekompetenz. From novice to expert. 2. vollständig überarbeitete und ergänzte. Aufl., Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle

BMUKK; BMWF (2011): Österreichischer EQR-Zuordnungsbericht. Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur; Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung, Wien

Bund-Länder-Sozialbetreuungsberufe: Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe. BGBl I 2005/55

Bundesministerium für Gesundheit (2012): Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit 91747 II/A/2/2012. RL 2005/36/EG. Zugangsvoraussetzungen zur Pflegeausbildung. Unveröffentlicht

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2009): Expertenstandard. Entlassungsmanagement in der Pflege. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Osnabrück

Dussault, Gilles; Buchan, James; Sermeus, Walter; Padaiga, Zilvinas (2010): Analyse des zukünftigen Personalbedarfs im Gesundheitswesen. Im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik 2010, WHO, Kopenhagen

European Specialist Nurses Organisations, ESNO. www.esno.org [Zugriff am 19.11.2012]

Ewers, Michael (2001): Anleitung als Aufgabe der Pflege. Ergebnisse einer Literaturlanalyse. In: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)/P01-115

Fachhochschulrat (2010): Richtlinien des Fachhochschulrates für die Akkreditierung von Bachelor-, Master- und Diplomstudiengängen. Akkreditierungsrichtlinien, AR 2010, Version 1.1. Aufgrund von § 6 Abs 1 des Fachhochschul-Studiengesetzes (FHStG), BGBl 1993/340 idgF. Wien

Feigl, Susanne; Rochel, Erich; Kisser, Christine; Münster, Gerhard; Rochel, Erich; Schneider, Angelika; Götz, Andrea (2007): Informationsblätter zum Schulrecht Teil 3: Leistungsfeststellung und Leistungsbeurteilung. Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, Wien

FH-GuK-AV: Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend über Fachhochschul-Bachelorstudiengänge für die Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege (FH-Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung - FH-GuK-AV). BGBl II 2008/200

Gleichweit, Sonja; Rossa, Martina (2009): Erster Österreichischer Demenzbericht. Teil 1: Analyse zur Versorgungssituation durch das CC Integrierte Versorgung der österreichischen Sozialversicherung. 1. Aufl., Wiener Gebietskrankenkasse, Wien

Goldstein, P. C. (2006): Impact of disease management programs on hospital and community nursing practice. In: Nursing Economic 24/6-308-313, 279; quiz 314

GuK-AV: Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales über die Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung – GuK-AV). BGBl II 1999/179

GuK-LFV: Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über Sonderausbildungen für Lehraufgaben und für Führungsaufgaben in der Gesundheits- und Krankenpflege (Gesundheits- und Krankenpflege-Lehr- und Führungsaufgaben-Verordnung – GuK-LFV). BGBl I 2005/69

GuK-SV: Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über Sonderausbildung für Spezialaufgaben in der Gesundheits- und Krankenpflege (Gesundheits- und Krankenpflege-Spezialaufgaben-Verordnung – GuK-SV). BGBl II 2005/452

GuK-TAV: Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über die Teilzeitausbildung zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (Gesundheits- und Krankenpflege-Teilzeitausbildungsverordnung – GuK-TAV). BGBl II 2006/455

GuK-WV: Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über Weiterbildungen für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflege-Weiterbildungsverordnung – GuK-WV). BGBl II 2006/453 i.d.F. BGBl II 2010/359

GuK-WV: Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über Weiterbildungen für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflege-Weiterbildungsverordnung – GuK-WV). BGBl II 2006/453

GuKG: Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe. BGBl I 1997/108. Bundeskanzleramt, Fassung vom 09.11.2012

GuKG: Bundesgesetz, mit dem das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz und das MTF-SHD-G geändert werden (GuKG-Novelle 2005), BGBl I 2005/69

Hanika, Alexander; Gärtner, Kathrin; Gumpoldsberger, Harald; Radinger, Regina (2012): Regionalisierte Schulbesuchsprognose für Österreich 2009 bis 2030. In: Statistische Nachrichten 2, 99–115

Heinzlmaier, Bernhard; Ikrath, Philipp (2012): Bericht zur Jugend-Wertestudie 2011. Im Auftrag der Arbeiterkammer Wien. Institut für Jugendkulturforschung, Wien

Hirschfeld, Miriam (2000): Home Care, a global perspective. In: World Congress on Home Care, Wien

International Council of Nurses (2008): Nursing Care Continuum Framework and Competencies. ICN Regulation Series, International Council of Nurses, Genf

International Council of Nurses (2009): ICNP® Version 2. International Classification For Nursing Practice. ICN – International Council of Nurses, Genf

Jox, R. J.; Heßler, H.-J.; Borasio, G. D. (2008): Entscheidungen am Lebensende, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung. In: Der Nervenarzt 79/6, 729–739

Karl-Franzen-Universität Dublin Deskriptoren [Online]. http://www.uni-graz.at/evp3www/evp3www_lehrservice/evp3www_curriculaentwicklung/evp3www_dublin_deskriptoren.htm [Zugriff am 27.11.2012]

Kemetmüller, Eleonore (Hg.) (2005): Zukunftsperspektiven für die Ausbildung in der gehobenen Gesundheits- und Krankenpflege. Die Positionierung der Ausbildung im tertiären Sektor des österreichischen Bildungssystems. Fakultas. Wien

Krankenpflegegesetz: Änderung des Bundesgesetzes betreffend die Regelung des Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen Dienste und der Sanitätshilfsdienste, BGBl 1961/102 idF 1990/449

Landenberger, Margarete; Stöcker, Gertrud; Filkins, Jacqueline; de Jong, Anneke; Them, Christa; Selinger, Yvonne; Schön, Peggy (2005): Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland. Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Hannover

Leininger, Madeleine M.; McFarland, Marilyn R. (2006): Culture Care Diversity and Universality. A Worldwide Nursing Theory. Jones and Bartlett Publishers, Sudbury

Liefgen, Marie-France (2008): Die europäischen Krankenpflegeausbildungen im Vergleich. In: Die Schwester Der Pfleger 47/4, 7–9

Ludwig, Iris; Mathis-Jäggi, Franziska; Horlacher, Kathrin (2009): Ein Umdenken in der Pflege. Die Aufgaben und Rollen der diplomierten Pflegefachpersonen müssen neu definiert werden. In: Care Management 2/3, 43–45

Lynn, Joanne; Schuster, Janice Lynch (2000): Improving Care for the End of Life. A Sourcebook for Health Care Managers and Clinicians. University Press, Oxford

Magistrat Wien (2004): Wiener Gesundheitsbericht 2004. Wien

Nationale Koordinierungsstelle für den NQR in Österreich (NKS); c/o Nationalagentur Lebenslanges Lernen; OeAD (Österreichische Austauschdienst)–Gesellschaft mit

beschränkter Haftung – Austrian Agency for International Cooperation in Education and Research (OeAD-GmbH) (Hg.) (2011): Handbuch für die Zuordnung von formalen Qualifikationen zum Nationalen Qualifikationsrahmen (NQR). Kriterien und Verfahren. Wien

Nationaler Qualifikationsrahmens in Österreich (2009): Aufbau eines Nationalen Qualifikationsrahmens in Österreich. Schlussfolgerungen, Grundsatzentscheidungen und Maßnahmen nach Abschluss des NQR Konsultationsverfahrens, Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur / Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung. Wien

Nemeth, Claudia; Bergmann, Franz; Hlava, Anton; Pochobradsky, Elisabeth (2007): Beschäftigte im Alten- und Behindertenbereich im Jahr 2006. Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

Nowak, Günther (2006): Forschungsprojekt: Monitoring von BildungseinsteigerInnen Bildungs- und Berufswahl des Maturajahrganges 2006. Im Auftrag des AMS. My Choice Solutions GmbH, Wien

OECD (2011): Health at a Glance 2011. OECD Indicators., 1. Aufl., Paris: OECD, Paris

Petek, Cäcilia; Rottenhofer, Ingrid; Rappold, Elisabeth et al. (2011): Kompetenzmodell für Pflegeberufe in Österreich. Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband, Graz

Pflh-AV: Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales über die Ausbildung in der Pflegehilfe (Pflegehilfe-Ausbildungsverordnung – Pflh-AV). BGBl II 1999/371

Rappold, Elisabeth; Rottenhofer, Ingrid (2011): Qualifikationsmix in der Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich – Status Quo und Zukunft. In: Pflegewissenschaft in der Praxis – Eine kritische Reflexion. Hg. v. S. Käppeli. 1. Aufl., Bern: Hans Huber, 42–66

Riess, Gabriele; Rottenhofer, Ingrid; Winkler, Petra (2007): Österreichischer Pflegebericht 2007. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

Rottenhofer, Ingrid; Bronneberg, Gertrud; Glatz, Waltraud; Steier, Alice (2003): Offenes Curriculum Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), Wien

Rottenhofer, Ingrid; Rappold, Elisabeth; Schrems, Berta; Hlava, Anton; Link, Thomas (2012a): Gesundheits- und Krankenpflege. Evaluierung der Ausbildungsbereiche. Kontext- und Bedarfsanalyse. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bd. I von II, Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

Rottenhofer, Ingrid; Stewig, Friederike (2012): Perspektiven der Pflege in Österreich. Differenzierung, Professionalisierung und Akademisierung. In: PADUA 7/5, 240–244

Rottenhofer, Ingrid; Zsifkovits, Johannes; Schuchter, Patrick (2012b): Pflegepersonalprognose Salzburg Gesundheits- und Sozialbereich. Im Auftrag des Amtes der Salzburger Landesregierung. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH, Wien

Ruedin, Hélène Jaccard; Weaver, France (2009): Ageing Workforce in an Ageing Society. Wieviele Health Professionals braucht das Schweizer Gesundheitssystem bis 2030? Careum Working Paper, Careum und Obsan – Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Zürich

Sauter, Edgar (2001): Qualitätssicherung ist Kernaufgabe beruflicher Bildung. In: BiBB, BWP/3, 3–4

Schaeffer, Doris; Ewers, Michael (2001): Ambulantisierung – Konsequenzen für die Pflege. In: Gesundheit und Gesellschaft 1/1, 13–20

Schaffenberger, Eva; Juraszovich, Brigitte; Pochobradsky, Elisabeth (1999): Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich. Übersicht über die Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder. BMAGS, Wien

Schlögl, Peter (2009): Lernergebnisorientierte Lernniveaus in den nichtärztlichen Gesundheitsberufen – eine ex ante Prüfung auf Machbarkeit und Funktionalität In: Nationaler Qualifikationsrahmen für Österreich Beiträge zur Entwicklung (Studies in Lifelong Learning 3). Hg. v. J. Markowitsch. Wien, Berlin: LIT Verlag, 227–240

Schwaiger, Karl (2010): Zukunft – Pflege – Österreich. Mit positivem Pflege-Image und positiver Image-Pflege dem drohenden Mangel in der Pflegeversorgung in Österreich begegnen. In: Pflagenetz 4/10, 4–7

Seidl, Elisabeth; Walter, Ilsemarie (Hg.) (2005): Chronische kranke Mensch in ihrem Alltag. Das Modell von Mieke Grypdonck, bezogen auf PatientInnen nach Nierentransplantation. Pflegewissenschaft Heute. Band 8., Wilhelm Maudrich. Wien – München – Bern

Sottas, Beat; Kickbusch, Ilona (2011): Eine neue globale Initiative zur Reform der Ausbildung von Gesundheitsfachleuten. Übersetzung des "Education of Health Professionals for the 21st Century". Careum, Zürich

Statistik Austria (2008a): Bevölkerungsvorausschätzung 2008–2050 für Österreich. Wien

Statistik Austria (2008b): Demographisches Jahrbuch 2007. Wien

Statistik Austria (2009): Die Arbeits- und Lebenssituation von Migrantinnen und Migranten in Österreich 2008. Wien

Statistik Austria (2012a): Bildung [Online].
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/gender-statistik/bildung/index.html [Zugriff am 8.11.2012]

Statistik Austria (2012b): Pflege- und Betreuungsdienste [Online].
https://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/pflege_und_betreuungsdienste/index.html [Zugriff am 7.11.2012]

Statistik Austria (2012c): Versorgungsgrade im Bereich der Pflege- und Betreuungsdienste der Bundesländer [Online].
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/pflege_und_betreuungsdienste/061949.html [Zugriff am 7.11.2012]

Stewig, Friederike; Schuchter, Patrick; Domittner, Brigitte (2012): Pflege-Ergebnisqualität. Grundlagenarbeit. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Unveröffentlicht, Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

Stöcker, Gertrud (2004): Noch viel zu tun – Ausbildungen in den Pflegeberufen. Was trennt, was verbindet Europa? In: Heilberufe 5, 14–15

Wancata, Johannes; Kaup, Barbara; Krautgartner, Monika (2001): Die Entwicklung der Demenzerkrankungen in Österreich in den Jahren 1951 bis 2050. In: Wiener klinische Wochenschrift 113/5–6, 172–180

Wingenfeld, K.; Büscher, A.; Schaeffer, D. (2007): Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten. Im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen. Überarbeitete, korrigierte Fassung. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), Bielefeld

Winkler, Petra; Pochobradsky, Elisabeth; Wirl, Charlotte (2012): Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

Winkler, Petra; Rottenhofer, Ingrid; Pochobradsky, Elisabeth; Riess, Gabriele (2006): Österreichischer Pflegebericht. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), Wien

World Health Organization (Hg.) (2006): Working together for health. The World Health Report 2006. Schweiz

Zsifkovits, Johannes; Rappold, Elisabeth; Schuchter, Patrick; Rottenhofer, Ingrid (2012): Pflegepersonalprognose Salzburg Gesundheitsbereich. Prognose des Pflegepersonalbedarfs in den Krankenanstalten des Bundeslandes Salzburg. Im Auftrag des Amtes der Salzburger Landesregierung. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH, Wien

Anhang

Eingebundene Organisationen/Einrichtungen

Tabelle A1: Fokusgruppen

Tabelle A2: Amtsfachpflege

Tabelle A3: Workshops zu Anforderungen an Absolventinnen/
Absolventen der Ausbildungen

Tabelle A4: Workshops zur Bewertung der Fragebogenergebnisse
(Lernergebnisse)

Tabelle A5: Konferenz „Wende in der Pflegeausbildung“,
26. September 2011

Tabelle A 1:
Fokusgruppen, KW 38 – 2009

Organisation	Bereich/Abteilung
Arbeitskreis der LehrerInnen der Gesundheits- und Krankenpflege- schulen Niederösterreichs	
ARGE der DirektorInnen der Schulen für GuKG Österreichs	
ARGE der Patientenanwälte Österreichs	
ARGE Pflege im OP	
ARGE Pflegedirektorinnen	
ARGE Pflegeleitungen stationäre geriatrische Einrichtungen	
ARGE Sonderausbildung OP	
Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe der TILAK GmbH	Gesundheit und Krankenpflege
BAG – Bundesarbeitsgemeinschaft freie Wohlfahrt	
BARGI – Bundesarbeitsgemeinschaft für konforme Sonderausbil- dungen in der Intensivpflege, Anästhesiepflege und Pflege bei Nierenersatztherapie	
BAS – BundesArbeitsgemeinschaft der Direktoren an Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege	
Berufsverband Kinderkrankenpflege Österreich (BKKÖ)	
Berufsverband österr. Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (BÖGK)	
Berufsverband Österreichischer Chirurgen (BÖC)	
Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMAK)	Sektion IV, Abt. 1 Grundsatzfragen und Europäische Integration in der Behindertenpolitik
Bundesministerium für Gesundheit (BMG)	Sektion I/Bereich C
Bundesverband der PhysiotherapeutInnen Österreichs (Physio Austria)	
Bundesvertretung Arbeit – Soziales – Gesundheit	
Dachverband Hospiz Österreich	
Dachverband österr. AltenfachbetreuerInnen	
FH Campus Wien	Gesundheits- und Krankenpflege
FH-Technikum Kärnten	Gesundheit- und Pflegemanagement
Frauengesundheitszentren (FEM)	
Gewerkschaft öffentlicher Dienst (GÖD)	BFG für Gesundheitsberufe
Hauptverband der Sozialversicherungsträger	
IMC Fachhochschule Krems – University of Applied Sciences Krems	Institut Gesundheitswissenschaften Advanced Nursing Practice
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie Medizinische Konferenz der Sonder- und Weiterbildungsinstitute für Pflegeman- agement und Pflegepädagogik	
Krankenanstaltenverband (KAV), Generaldirektion	Strategische Planung und Qualitäts- management, Ausbildung
Lebenshilfe Österreich	
Niederösterreichische Arbeiterkammer (AK NÖ)	Gesundheitswesen
Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)	Pflege
Österr. Gesellschaft für Kardiotechnik KH Lainz	
Österr. Gesellschaft für Public Health (ÖGPH)	
Österr. Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV)	
Österreichische Ärztekammer (ÖÄK)	Bundeskurie Angestellte Ärzte

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A 1 – Seite 2 von 2

Organisation	Bereich/Abteilung
Österreichische Ärztekammer (ÖÄK)	Bundeskurie Niedergelassene Ärzte
Österreichische Ärztekammer (ÖÄK)	Rechtsbüro
Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin (ÖGAM)	
Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG)	
Österreichische Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin (ÖGHMP)	
Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGKJ)	
Österreichische Gesellschaft für Nephrologie (ÖGN)	
Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie	
Österreichischen Gesellschaft für Anaesthesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI)	
Österreichischer Berufsverband für Anästhesie- und Intensivpflege (ÖBAI)	
Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP)	
Österreichischer Gewerkschaftsbund (ÖGB)	ARGE – Fachgruppenvereinigung für Gesundheits- und Sozialberufe
Österreichisches Hebammengremium	
Österreichisches Rotes Kreuz (ÖRK)	Sanitätswesen
Österreichs Lebenswelt Heim	
Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik (UMIT)	
pro mente (psychiatr. Langzeitversorgung)	
Städtebund	Sozial und Gesundheitsausschuss
Univ.-Klinik für Anesthesiologie und Intensivmedizin	Transkulturelle Pflege
Verband der Diaetologen Österreichs	
VertretungsNetz Sachwalterschaft, Patientenanwaltschaft, Bewohnervertretung (VSP)	
Wirtschaftskammer Österreich (WKO)	Abteilung Rechtspolitik

Quelle: GÖG/ÖBIG

Tabelle A 2:
 Amtsfachpflege, 19. Mai 2010

Organisation	Abteilung/Referat/Bereich
MA 15 Gesundheitsdienst der Stadt Wien	Bereich Ausbildung und Berufstätigkeit in der Gesundheits- und Krankenpflege
Amt der NÖ Landesregierung	Sanitätsdirektion Pflegeausbildungsreferat
Amt der Kärntner Landesregierung	Abteilung 5 Kompetenzzentrum Gesundheit Unterabteilung Sanitätswesen
Bundesministerium für Gesundheit (BMG)	Sektion II/Abteilung A/2 Allgemeine Gesundheitsrechtsangelegenheiten und Gesundheitsberufe
Amt der Steiermärkischen Landesregierung	Finanzplanung Budgeterstellung für die Schulen für Gesundheitsberufe
Burgenländische Krankenanstalten – Ges.m.b.H (KRAGES)	Pflegereferat Ethikkommission für das Bundesland Burgenland
Amt der Vorarlberger Landesregierung	Gesundheitsdienst, Gesundheits- und Krankenpflege
Amt der Oberösterreichischen Landesregierung	Direktion Soziales und Gesundheit Abteilung Gesundheit
Land Salzburger	Fachreferent 9/04 Gesundheitsplanung
Amt der Tiroler Landesregierung	Abteilung Landessanitätsdirektion
Amt der Steiermärkischen Landesregierung	Referat für Gesundheitsberufe und Akademien

Quelle: GÖG/ÖBIG

Tabelle A 3:

Workshops zur Anforderungen an Absolventinnen/Absolventen der Ausbildungen, von KW 22 bis 27 – 2010

Organisation/Einrichtung
AKH Wien
AKH Wien Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Ausbildungszentrum Landes Frauen- und Kinderklinik Linz
Barmherzigen Schwestern Wien
Campus Rudolfinerhaus
Care-Ring
Caritas St. Pölten – Betreuen und Pflegen zu Hause
Haus der Barmherzigkeit Wien
Hilfswerk Österreich Bundesgeschäftsstelle
Hilfswerk Steiermark
Innsbrucker Soziale Dienste
Johannes von Gott-Pflegezentrum der Barmherzigen Brüder
KA Rudolfstiftung
Kaiserin-Elisabeth-Spital
Krankenhaus Göttlicher Heiland
Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel
Landeskrankenhaus Innsbruck
Landeskrankenhaus Klagenfurt
Landesnervenklinik Sigmund Freud Graz
Landespflegeheim Wiener Neustadt
Mobile Kinderkrankenpflege (MOKI)
NÖ Hilfswerk
Oberösterreichische Rote Kreuz
Österreichisches Rotes Kreuz (ÖRK) – Landesverband Niederösterreich
Österreichisches Rotes Kreuz (ÖRK) – Landesverband Oberösterreich
Österreichisches Rotes Kreuz (ÖRK) – Landesverband Steiermark
Salzburger Universitätsklinikum
Schule für allgemeine GuK und Kinder- und Jugendlichenpflege des Landes Stmk. am LKH- Univ. Klinikum Graz
Schule für GuK KH Hallein BFI Salzburg
Schule für psychiatrische GuK am SMZ Baumgartner Höhe Otto-Wagner-Spital
Schule für psychiatrische GuK Pflege am Therapiezentrum Ybbs
Seniorenheime Salzburg
Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe Otto-Wagner-Spital und Pflegezentrum
St. Anna Kinderspital
Univ.-Klinik für Innere Medizin Graz
Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde Innsbruck
Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV), Akademie für Fortbildungen und Sonderausbildungen – Intensiv
Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV), Akademie für Fortbildungen und Sonderausbildungen
Wilhelminenspital

Quelle: GÖG/ÖBIG

Tabelle A 4:

Workshops zur Bewertung der Fragebogenergebnisse (Lernergebnisse),
KW 19 und 27 – 2011

Organisation	Abteilung/Bereich/Referat
AK Wien	Fachausschuss für Gesundheitsberufe
Akademie für Sozialmanagement (ASOM)	Leitung
AKH Wien	Akademie für Fort- und Sonderausbildungen – Bereich Pflege
AKH Wien	Hämodialyse Station Pflege
AKH Wien	Pädiatrie Pflegeberatung
Amt der Kärntner Landesregierung	Abteilung 5 Kompetenzzentrum Gesundheit Unterabteilung Sanitätswesen
Amt der Niederösterreichischen Landesregierung	Sanitätsdirektion Pflegeausbildungsreferat
Amt der Oberösterreichischen Landesregierung	Abt. Gesundheit
Amt der Oberösterreichischen Landesregierung	Direktion Soziales und Gesundheit Abteilung Gesundheit
Amt der Steiermärkischen Landesregierung	FA 8B–Gesundheitswesen (Sanitätsdirektion), Mobile Pflege- und Betreuungsdienste/Hauskrankenpflege
Amt der Steiermärkischen Landesregierung	Finanzplanung Budgeterstellung für die Schulen für Gesundheitsberufe
Amt der Tiroler Landesregierung	Bereich Gesundheit und Pflege der Landessanitätsdirektion
Amt der Vorarlberger Landesregierung	Gesundheitsdienst, Gesundheits- und Krankenpflege
Anton Proksch Institut, Stiftung Genesungsheim Kalksburg	Pflegedirektion
Ausbildung im Diakonie-Zentrum Salzburg	Schule für Sozialbetreuungsberufe
Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe der TILAK GmbH	Direktion
Bildungszentrum für Gesundheits- und Sozialberufe der Caritas Schule für Pflegehilfeausbildung	Leitung
Bundesministerium für Gesundheit (BMG)	Sektion II/Abteilung A/2 Allgemeine Gesundheitsrechtsangelegenheiten und Gesundheitsberufe
Burgenländische Krankenanstalten (KRAGES)	Pflegereferat Ethikkommission für das Bundesland Burgenland
Campus Rudolfinerhaus	Pflege Weiterbildung
Campus Rudolfinerhaus	Gesundheits- und Krankenpflege Bachelorstudiengang
Caritas Wien	Pflegehilfeausbildung
Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen	Pflege
FH Campus Wien	Gesundheits- und Krankenpflege Bachelorstudium
FH-Technikum Kärnten	Studienbereich Gesundheit und Pflege
Forschungsinstitut des Roten Kreuzes	Leitung
Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz	Pflegedienstleitung
Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS)	Geschäftsführung
Haus der Barmherzigkeit	Pflegedirektion

Fortsetzung nächste Seite

Organisation	Abteilung/Bereich/Funktion
Hilfswerk Österreich Bundesgeschäftsstelle	Gesundheit – Familie und Soziales
Humanocare GmbH	Geschäftsleitung
KH der Barmherzigen Schwestern Wien Betriebsgesellschaft m.b.H.	Pflegedirektion
KH der Elisabethinen Linz	Daten- und Projektmanagement
KH Hallein – Austrian Nurse Directors Association (ANDA)	Pflegedirektion
KH Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel	Pflegedirektion
KH Oberwart	Qualitätsmanagement
Krankenanstaltenverbund (KAV)	Strategische Planung und Qualitätsmanagement Ausbildung
Land Salzburg	Fachreferent 9/04 Gesundheitsplanung
Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft (Kabeg)	Management Stabstelle Unternehmensentwicklung Pflege
Landesnervenklinik Sigmund Freud Graz	Innerbetriebliche Fortbildung LSF Graz
Lebenswelt Heim Bundesverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs	Leitung
LKH Innsbruck	Pflegedirektion
MA 15 Gesundheitsdienst der Stadt Wien	Bereich Ausbildung und Berufstätigkeit in der Gesundheits- und Krankenpflege
Med. Universität Graz	Studium und Lehre
Mobile Kinderkrankenpflege Wien Fortbildung,	Praxisanleitung
NÖ Krankenhaus Seniorenwohnheim Abtenau	
NÖ Landeskliniken Holding (NÖGUS)	Abt. Med. Betriebssteuerung/Pflege
NÖ Landes-Kliniken-Holding (NÖGUS) Schule für allgemeine GuK	Direktion
Landeskrankenanstalten Horn	
NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft	
Orthopädisches Spital Speising	Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin Leitung Anästhesiepflege
Österreichischer Berufsverband für Anästhesie- und Intensivpflege (ÖBAI)	Vorsitz
Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV)	Präsidentin
Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) – Landesverband Tirol	Vorsitz
Österreichisches Rotes Kreuz (ÖRK)	Gesundheits- und Soziale Dienste
Pflegewissenschaftlerin, Philosophin und Soziologin	
Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik (UMIT)	Studienzentrale Wien Pflegewissenschaft
Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik (UMIT)	Kombistudium Pflege
Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik (UMIT)	Klinische Pflegeforschung und Pflegepädagogik Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie
Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik (UMIT)	Leitung Kombistudium Pflege
SALK Bildungszentrum – ARGE Sonderausbildung OP	

Fortsetzung nächste Seite

Organisation	Abteilung/Bereich/Referat
Salzburger Universitätsklinikum	Sonderausbildung in der Intensivpflege, Universitätslehrgang für Führungskräfte im Gesundheitswesen, Basales und Mittleres Pflegemanagement
Schule für allgemeine GuK Diakonissen-KH/BFI/KH Hallein	Direktion
Schule für allgemeine GuK Schule für psychiatrische GuK Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe Otto Wagner Spital	Direktion
Schule für allgemeine GuK, KH Bregenz	Direktion
Schule für GuK, LKH Feldkirch	
Schule für GuK, LKH Feldkirch	
Schule für Kinder- und Jugendlichenpflege Landes-Kinderklinik Linz – Berufsverband Kinderkrankenpflege Österreich (BKKÖ)	Direktion
Schule für Kinder- und Jugendlichenpflege Landes-Kinderklinik Linz – Berufsverband Kinderkrankenpflege Österreich (BKKÖ)	Direktion
Schule für Kinder- und Jugendlichenpflege, AKH Wien	
Schule für psychiatrische GuK, LNK Wagner-Jauregg	Direktion
Sozial Global	Pflegedienstleitung
St. Anna Kinderspital	Stabsstelle Pflegequalitätsentwicklung
Univ.-Klinik für Allgemeine und Chirurgische Intensivmedizin Innsbruck	
Wiener Krankenanstaltenverbund	Geschäftsbereich Pflegemanagement
Wiener Krankenanstaltenverbund Teilunternehmung 4	Direktion Pflegeheime der Stadt Wien

Quelle: GÖG/ÖBIG

Tabelle A 5:

Konferenz „Wende in der Pflegeausbildung“, 26. September 2011

Institution/Unternehmen
"wieder wohnen" – Betreute Unterkünfte für wohnungslose Menschen gemeinnützige GmbH, FONDS SOZIALES WIEN
AK Wien, Fachausschuss für Gesundheitsberufe
AK Wien, Sekretär der Bundesarbeiterkammer und für Gesundheitspolitik
Akademie für Sozialmanagement (ASOM)
AKH Allgemeines Krankenhaus der Stadt Linz GmbH, Lehrgangsleitung der Sonderausbildungen und Weiterbildungen, Medizinisches Ausbildungszentrum Cardio-Pulmonales Reanimations-Trainingsteam (CTT)
AKH Wien Univ.-Klinik für Innere Medizin III, Klinische Abteilung für Nephrologie und Dialyse
AKH Wien, Akademie für Fort- und Sonderausbildungen, Bereich: Pflege
AKH Wien, Intensivstation 9D
AKH Wien, Pädiatrie Pflegeberatung
AKH Wien, Pflegedirektion
AKH Wien, Qualitätsmanager für den Bereich Anästhesie und Intensivmedizin
AKH Wien, Univ.-Klinik für Anästhesie, allgemeine Intensivmedizin und Schmerztherapie
AKH Wien, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Pflegedienstleitung
Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 14 – Gesundheitswesen
Amt der Niederösterreichischen Landesregierung
Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, Abteilung Gesundheit, Pflege / Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement
Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, Sanitätsdirektion Pflegeausbildungsreferat
Amt der Oberösterreichischen Landesregierung, Abteilung Gesundheit
Amt der Oberösterreichischen Landesregierung, Direktion Soziales und Gesundheit, Abteilung Gesundheit
Amt der Oberösterreichischen Landesregierung, Direktion Soziales und Gesundheit, Abteilung Soziales
Amt der Steiermärkischen Landesregierung
Amt der Steiermärkischen Landesregierung, FA 8B-Gesundheitswesen (Sanitätsdirektion), Mobile Pflege- und Betreuungsdienste/Hauskrankenpflege
Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Finanzplanung Budgeterstellung für die Schulen für Gesundheitsberufe
Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Landessanitätsdirektion
Amt der Vorarlberger Landesregierung, Sanitätsangelegenheiten
Amt der Wiener Landesregierung
Anton Proksch Institut Stiftung Genesungsheim Kalksburg, Pflegedirektion
Arbeiter-Samariter-Bund Österreichs, Stabstelle Gesundheits- und Soziale Dienste
Arbeitsmedizinische Assistentin, diplomierte Mentaltrainerin
ARGE der Alten- und Pflegeheime
Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe der TILAK GmbH (AZW), Geschäftsleitung
Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe der TILAK GmbH (AZW)
Ausbildungszentrum Wiener Rotes Kreuz, Fachbereich Aus-, Fort- und Weiterbildungen im Gesundheitsbereich, Direktorin der Pflegehilfeausbildung
AWZ-Soziales Wien GmbH
B. Braun Austria Ges.m.b.H Produktmanagement Surgical Technology, Produktmanagement Power Systems Produktmanagement Neurochirurgie
bfi Kärnten
bfi Pflegehilfelehrgang

Fortsetzung nächste Seite

Institution/Unternehmen
Bildungszentrum für Gesundheits- und Sozialberufe der Caritas Schule für Sozialbetreuungsberufe/ Pflegehilfesausbildung, St. Pölten
Bildungszentrum SALK, ARGE Sonderausbildung OP
BMG Sektion II/Abteilung A/2 Allgemeine Gesundheitsrechtsangelegenheiten und Gesundheitsberufe
Bundesministerium für Finanzen (BMF), Abteilung I/4, Informationslogistik und Verwaltungsvereinfachung
Bundesverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs
Burgenländische Krankenanstalten (KRAGES), Pflegereferat Ethikkommission für das Bundesland Burgenland
Business Circle Management, Fortbildungs GmbH
Campus Urstein, Bachelorstudiengang Gesundheit- und Krankenpflege
Caritas Erzdiözese Wien, Betreuen & Pflegen
Caritas Erzdiözese Wien, Qualitätsbeauftragte Betreuen & Pflegen
Caritas Erzdiözese Wien, Qualitätsmanagement, Projektmanagement, Angebotsentwicklung
Caritas St. Pölten, Betreuen und Pflegen zu Hause
Caritas St. Pölten, Wohnen
Caritas Tirol, Bereichsleitung Bildung/ Personalentwicklung
Caritas Wien, Pflegehilfesausbildung
corporate quality consulting GmbH
Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen, Pflege
Diakonie Österreich – Vorsitz der BAG Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt
Dipl. Pflegewissenschaftlerin
Evangelisches Diakoniewerk Gallneukirchen
Fachgruppenvereinigung für Gesundheitsberufe im ÖGB
FH Campus Wien, Geschäftsleitung
FH Campus Wien, Gesundheits- und Krankenpflege Bachelorstudium
FH Feldkirchen, Studienbereich Gesundheit & Soziales, Gesundheit und Pflege
FH Kärnten, Gesundheit und Pflege
FH OÖ Studienbetriebs-GmbH, Head of Health Care Services
FH Pinkafeld, Bachelor- u. Masterstudiengänge Gesundheitsmanagement & Gesundheitsförderung
FH Pinkafeld, Bachelorstudiengang Gesundheitsmanagement & Gesundheitsförderung
FH Pinkafeld, Bachelorstudiengang Gesundheitsmanagement & Gesundheitsförderung, Masterstudiengang Management im Gesundheitswesen
FH-Technikum Kärnten, Studienbereich Gesundheit und Pflege
FOCUS Management Consulting
Forschungsinstitut des Roten Kreuzes
Freiheitlicher Parlamentsklub
Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz, Pflegedienstleitung
Gerichtsachverständige
GesundheitsPädagogisches Zentrum der Landessanitätsdirektion Innsbruck
Hanusch Krankenhaus, Stabstelle Fortbildungs-/Pflegereferat
Hartmannspital, Pflegedirektion
Hilfswerk Österreich, Bundesgeschäftsstelle Fachliche Leitung Gesundheit – Familie und Soziales
Hilfswerk Salzburg
Höhere Bundeslehranstalt für wirtschaftliche Berufe und Fachschule für Sozialberufe, Murau

Fortsetzung nächste Seite

Institution/Unternehmen
Humanitas Stadtresidenz Seniorenheim GmbH
IMC Fachhochschule Krems University of Applied Sciences Krems, Advanced Nursing Practice, Institut Gesundheitswissenschaften
Innsbrucker Soziale Dienste, Mobile Pflege Hauskrankenpflege
Institut für Pflegewissenschaft, Universität Wien, Vize-Studienprogrammleitung Soziologie
Institut für Philosophie
KA Rudolfstiftung, Pflegedirektion – ARGE der PraxisanleiterInnen
Kabeg Management, Stabstelle Unternehmensentwicklung Pflege
Kaiserin-Elisabeth-Spital, Chirurgische Abteilung
Kammer für Arbeiter und Angestellte für Tirol, Referat Gesundheit und Pflege
Kärntner Berufsverband für Sozialbetreuungsberufe
Kärntner Caritasverband für Wohlfahrtspflege und Fürsorge
KAV – Generaldirektion, Strategische Planung und Qualitätsmanagement, Ausbildung
KAV / Teiluntern. Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser der Stadt Wien mit sozialmed. Betreuung, Bereich für Gesundheit und Krankenpflege
Keine Angaben zum Teilnehmer
KH der Barmherzigen Brüder, Pflegedirektion
KH der Barmherzigen Schwestern Wien Betriebsgesellschaft m.b.H. Pflegedirektion
KH der Barmherzigen Schwestern Wien, Pflegedirektorin
KH der Elisabethinen Linz, Daten- und Projektmanagement
KH der Elisabethinen Linz, Pflegedirektion
KH der Kardinal Schwarzenberg ´schen Krankenhaus BetriebsgesmbH Schwarzach, Stationsleitung Unfallchirurgie
KH Goldenes Kreuz, Pflegedirektion
KH Goldenes Kreuz, Pflegedirektion – Verband der Privatkrankenanstalten Österreichs
KH Hallein, Pflegedirektion Austrian – Nurse Directors Association (ANDA)
KH Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel
KH Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel Onkologie, Praxisanleiterin
KH Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel, Onkologie
KH Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel, Personalentwicklung
KH Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel, Pflegedirektion
KH Hohenems, Pflegedirektion
KH Nord, Ombudsfrau
KH Oberwart, Qualitätsmanagement
Klinikum Wels-Grieskirchen, Pflegedienstleitung
Klinikum Wels-Grieskirchen, Schule für allgemeine GuK
Klinikum Wels-Grieskirchen, Sonderausbildung Intensivpflege
Kolpinghaus –für betreutes Wohnen– GmbH Wien
Landeskrankenhaus Krems, Pflegedirektion
Landeskrankenhaus Krems, Pflegedirektion
Landeskrankenhaus Mostviertel Scheibbs, Pflegedirektion
Landeskrankenhaus Thermenregion Hohegg, Pflegedirektion
Landeskrankenhaus Waldviertel Zwettl, Pflegedienst
Landesnervenklinik Sigmund Freud Graz, Innerbetriebliche Fortbildung

Fortsetzung nächste Seite

Institution/Unternehmen
Landespflegeheim Weitra Nordwaldheim
Lebensformen Linz, pro mente OÖ, Sachverständige für GuK
Lebenswelt Heim, Bundesverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs
LKH Hörgas-Enzenbach
LKH Natters, Pflegedirektion
LKH Salzburg, Pflegedirektion Kinderklinik und Kinderchirurgie
Marienheim-Betriebsgesellschaft mbH, Bruck/Leitha
Medical-Update Marketing&Media, pflegenetz
Medizinische Universität Innsbruck, Abteilung für Lehre und Studienangelegenheiten, Bereich Lifelong Learning
Mobile Kinderkrankenpflege (MOKI)
mtd austria Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste Österreichs
NÖ Arbeiterkammer Gesundheitswesen
NÖ Gesundheits- und Sozialfonds
NÖ Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS), Assistenz der Geschäftsführung
NÖ Hilfswerk St. Pölten, Pflegedirektion, Leitung Hilfe und Pflege daheim
NÖ Landeskliniken Holding, Abt. Med. Betriebssteuerung/Pflege
NÖ Landesrechnungshof, Gesundheit und Soziales
NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft
Oberösterreichische Rote Kreuz, Qualitätssicherung Pflege
Oberösterreichisches Rote Kreuz, Gesundheits- und Soziale Dienste, Landespflegedienstleiter
Oö. Gesundheits- und Spitals AG, Kompetenzmanagement Pflege
Orthopädisches Spital Speising, Pflegedirektion
Österreichische Ärztekammer (ÖÄK), Rechtsbüro
Österreichischer Berufsverband für Anästhesie- und Intensivpflege (ÖBAI)
Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) LV Oberösterreich
Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV), Landesverband Stmk., Akademie für Gesundheitsberufe des ÖGKV LV STMK
Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV), LV Steiermark, Landesvorsitz, Schulungszentrum
Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV), LV Niederösterreich
Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV), Vorsitzende Österreichische Pflegekonferenz
Österreichisches Rotes Kreuz, Gesundheits- und Soziale Dienste
Österreichisches Rotes-Kreuz, Zentralschule – Landesverband NÖ
Otto Wagner Spital, Pflegedirektion
Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg
Pflegesachverständiger
Pflegewissenschaftlerin, Philosophin und Soziologin
Physio Austria, Bundesverband der PhysiotherapeutInnen Österreichs
PremiQaMed Management GmbH, Personal und Recht
Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik (UMIT), Klinische Pflegeforschung und Pflegepädagogik, Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie
Privatklinik Döbling, Pflegedirektion
Privatklinik Maria Hilf GmbH, Pflegedirektion
Privatklinik Wehrle, Pflegedirektion

Fortsetzung nächste Seite

Institution/Unternehmen
Rehabilitationszentrum Althofen/Kärnten, Pflegedirektion
Robert Bosch Stiftung GmbH, Gesundheit und Wissenschaft
Schule für allg. GuK, Schule für Sozialbetreuungsberufe, Managementakademie im Gesundheits- und Sozialwesen, ProPraxis Graz GmbH
Schule für allgemeine GuK Schule für Kinder- und Jugendlichenpflege, Landesklinikum St. Pölten
Schule für allgemeine GuK Schule für Kinder- und Jugendlichenpflege, LKH Leoben
Schule für allgemeine GuK Schule für psychiatrische GuK, Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe Otto Wagner Spital
Schule für allgemeine GuK und Kinder- und Jugendlichenpflege, LKH- Univ.-Klinikum Graz
Schule für allgemeine GuK und Schule für Kinder- und Jugendlichenpflege AKH Wien – Medizinischer Universitätscampus
Schule für allgemeine GuK, Akademie für Gesundheitsberufe, KH der Barmherzige Schwestern Vinzentinum Wien
Schule für allgemeine GuK, bfi – OÖ
Schule für allgemeine GuK, BFI Salzburg BildungsGmbH
Schule für allgemeine GuK, BKH Reutte
Schule für allgemeine GuK, Diakonissen-KH/BFI Salzburg/KH Hallein/BFI Zell am See
Schule für allgemeine GuK, Kaiserin-Elisabeth Spital der Stadt Wien
Schule für allgemeine GuK, Kaiserin-Elisabeth-Spital
Schule für allgemeine GuK, Kardinal Schwarzenberg'sches KH
Schule für allgemeine GuK, KH Bregenz
Schule für allgemeine GuK, KH der Barmherzigen Schwestern Linz Vinzentinum
Schule für allgemeine GuK, Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel
Schule für allgemeine GuK, Landesklinikum Wiener Neustadt
Schule für allgemeine GuK, Landesklinikum Krems
Schule für allgemeine GuK, Landesklinikum Krems
Schule für allgemeine GuK, Landesklinikum Mostviertel Amstetten
Schule für allgemeine GuK, Landesklinikum Mostviertel Scheibbs
Schule für allgemeine GuK, Landesklinikum Thermenregion Baden
Schule für allgemeine GuK, Landesklinikum Waldviertel Horn
Schule für allgemeine GuK, Landesklinikum Weinviertel Hollabrunn
Schule für allgemeine GuK, Landesklinikum Weinviertel Mistelbach
Schule für allgemeine GuK, Landesklinikum Weinviertel Stockerau
Schule für allgemeine GuK, LKH Bad Radkersburg
Schule für allgemeine GuK, LKH Gmunden und LKH Vöcklabruck
Schule für allgemeine GuK, LKH Kirchdorf
Schule für allgemeine GuK, Pflegeakademie der Barmherzigen Brüder Wien
Schule für allgemeine GuK, Schule für die Kinder- und Jugendlichenpflege, SALK-Bildungszentrum
Schule für allgemeine GuK, SMZ Ost
Schule für allgemeine GuK, SMZ-Süd
Schule für allgemeine GuK, Univ.-Klinikum Graz
Schule für allgemeine GuK, Wilhelminenspital
Schule für GuK BKH Schwaz
Schule für GuK, BKH Hall in Tirol

Fortsetzung nächste Seite

Institution/Unternehmen
Schule für GuK, KA Rudolfinerhaus
Schule für GuK, KH Barmherzige Schwestern Ried/Innkreis
Schule für GuK, Landeskrankenhaus St. Pölten
Schule für GuK, LKH Feldkirch
Schule für GuK, LKH Klagenfurt
Schule für GuK, LKH Rohrbach
Schule für GuK, LKH Rohrbach / LKH Schärding
Schule für GuK, Schule für psychiatrische GuK, LKH Villach
Schule für Kinder- und Jugendlichenpflege, Landes-Kinderklinik Linz – BKKÖ Berufsverband Kinderkrankenpflege Österreich
Schule für psychiatrische GuK ,Pflege- und Therapiezentrum der Stadt Wien
Schule für psychiatrische GuK, Landeskrankenhaus Mostviertel Amstetten-Mauer
Schule für psychiatrische GuK, Landesnervenklinik Wagner-Jauregg
Schule für psychiatrische GuK, LKH Rankweil
Schule für Sozialberufe Vöcklabruck, Pflegehilfsausbildungen
Schule für Sozialbetreuungsberufe Horn
SMZ Süd – Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer´schem Kinderspital, Pflegedirektion
Sonderausbildung in der Intensivpflege Universitätslehrgang für Führungskräfte im Gesundheitswesen
Basales und Mittleres Pflegemanagement, Salzburger Universitätsklinikum
SOPHOS AKADEMIE
Sozial Global, Pflegedienstleitung
Soziale Dienste Schattendorf und Umgebung
St. Anna Kinderspital, Interne
St. Anna Kinderspital, Stabsstelle Pflegequalitätsentwicklung
St. Josef Krankenhaus GmbH
Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H., KAGES-Management / Pflege
UMIT – Studienzentrale Wien Pflegewissenschaft
Unfallkrankenhaus Salzburg, freigestellter BR
Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde Innsbruck, Pflegedienstleitung
Verein zur Gesundheits- und Krankenpflege, Anzengruber Pflegedienste
Volkshilfe Steiermark, Bereich Langzeitpflege, Fachstelle für Pflege und Betreuung
Volkshilfe Tirol, Pflegedienste der Volkshilfe Innsbruck
Wiener Krankenanstaltenverbund, Akademie für Fortbildungen und Sonderausbildungen Intensiv
Wiener Krankenanstaltenverbund, Geschäftsbereich Pflegemanagement
Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenrechtsanwaltschaft
Wiener Schule für Sozialberufe (WiSOZ)
Wiener Sozialdienste, Alten- und Pflegedienste GmbH
Wilhelminenspital, Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde – Kinderklinik Glanzing
Wilhelminenspital, Pflegedirektion
Wirtschaftskammer Österreich (WKÖ), Abteilung für Bildungspolitik
Wirtschaftskammer Österreich, Fachverband der Gesundheitsbetriebe

Quelle: GÖG/ÖBIG